

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1910

THÈSE

N° 85

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

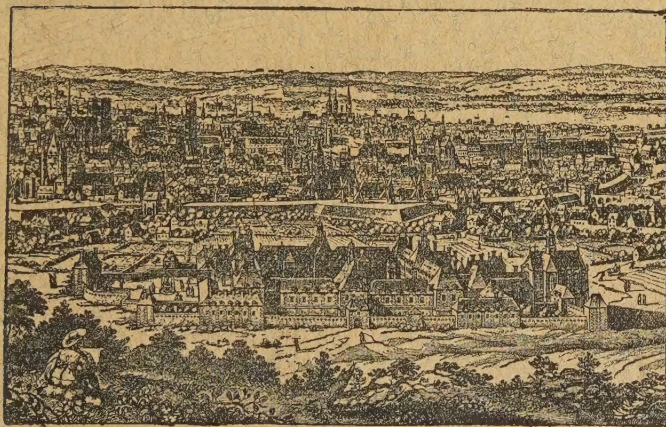
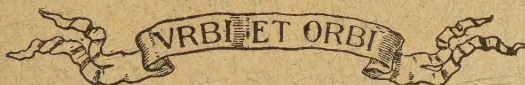
M. Pierre FERNET

Ancien interne des hopitaux

Préparateur au laboratoire de Toxicologie

LES PARAKÉRATOSES PSORIASIFORMES
DE BROcq

Président : M. GAUCHER, *Professeur*



L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910

85

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Année 1910

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

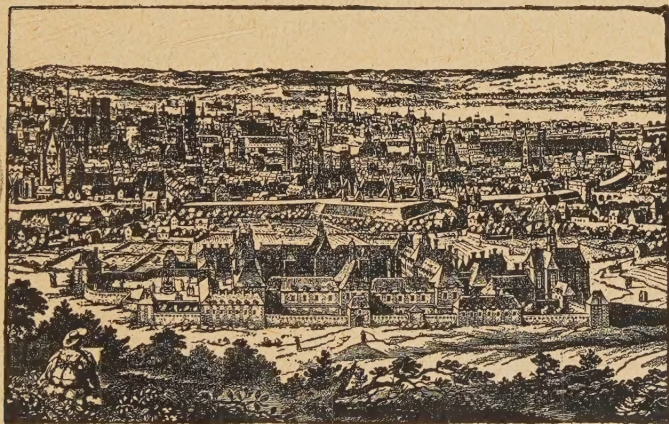
M. Pierre FERNET

Ancien interne des hopitaux

Préparateur au laboratoire de Toxicologie

LES PARAKÉRATOSES PSORIASIFORMES
DE BROcq

Président : M. GAUCHER, Professeur



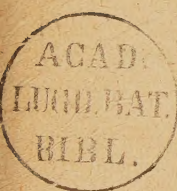
L'HOSPITAL SAINT LOUIS EN 1620

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1910



UNIVERSITÉ DE PARIS. — FACULTÉ DE MÉDECINE

Doyen..... Professeurs.....

Anatomie.....
 Physiologie.....
 Physique médicale.....
 Chimie organique et chimie minérale.....
 Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....
 Pathologie et thérapeutique générales.....
 Pathologie médicale.....
 Pathologie chirurgicale.....
 Anatomie pathologique.....
 Histologie.....
 Opérations et appareils.....
 Pharmacologie et matière médicale.....
 Thérapeutique.....
 Hygiène.....
 Médecine légale.....
 Histoire de la médecine et de la chirurgie.....
 Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Clinique des Maladies des enfants.....
 Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...
 Clinique des maladies du système nerveux.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....
 Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchements.....

Clinique gynécologique.....
 Clinique chirurgicale infantile.....
 Clinique thérapeutique.....

MM.

Agrégés en exercice :

BALTHAZARD.
 BERNARD.
 BRANCA.
 BRINDEAU.
 BROCA (ANDRÉ).
 BRUMPT.
 CAMUS.
 CARNOT.
 CASTAGNE.
 CHEVASSU.
 CLAUDE.
 COUVELAIRE.

DESGREZ.
 DUVAL.
 GOUGROT.
 GREGOIRE.
 GUENIOT.
 GUILLAIN.
 JEANNIN.
 JOUSSET.
 LABBE.
 LAGNEL-LAVASTINE.
 LANGLOIS.
 LECENE.

LENORMANT.
 LÉRI.
 LEQUEUX.
 LOEPER.
 MACAIGNE.
 MAILLARD.
 MORESTIN.
 MULON.
 NICLOUX.
 NOBÉCOURT.
 OKINCZYC.
 OMBREDANNE

PROUST.
 RATHERY.
 RETTERER.
 RICHAUD.
 ROUSSY.
 ROUVIERE.
 SCHWARTZ.
 SICARD.
 TERRIEN.
 TIFFENEAU.
 ZIMMERN.

M. LANDOUZY.
 MM.

NICOLAS.
 CH. RICHT.
 GARIEL.
 GAUTIER.
 BLANCHARD.
 ACHARD.
 DEJERINE.
 WIDAL.
 LANNELONGUE.
 MARIE (PIERRE).
 PRENANT.
 HARTMANN.
 POUCHET.
 MARFAN.
 CHANTEMESSE.
 THOINOT.
 CHAUFFARD.
 ROGER.
 HAYEM.
 DEBOVE.
 LANDOUZY.
 GILBERT.
 HUTINEL

BALLET (GILBERT).
 GAUCHER.
 N.
 QUENU.
 RECLUS.
 SEGOND.
 DELBET.
 DE LAPERSONNE.
 ALBARRAN.
 PINARD.
 BAR.
 RIBEMONT-DESSAIGNES.
 POZZI.
 KIRMISSON.
 ROBIN.

Secrétaire de la Faculté : M. DESTOUCHES.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE

M. LE DOCTEUR CH. FERNET

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN HONORAIRE DES HOPITAUX

A M. le DOCTEUR BROCC

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

A M. JULES OGIER

DIRECTEUR DU LABORATOIRE DE TOXICOLOGIE A LA PRÉFECTURE DE POLICE

MEMBRE DU CONSEIL SUPÉRIEUR D'HYGIÈNE PUBLIQUE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR GAUCHER

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat.

MM. les Docteurs LETULLE, BAZY, AUWARD, GAUCHER, MERKLEN (*in memoriam*).

Internat Provisoire.

MM. les Docteurs BARBIER, GASNE (*in memoriam*)

Internat.

MM. les Docteurs BRUHL, BALZER, BROCCO, CASTAIGNE.

MM. les docteurs LEJARS, BRINDEAU, de MASSARY, MILIAN, RAVAUT, SAINTON, GASTOU, L.-M. PAUTRIER.

INTRODUCTION

Lorsque Unna, en 1887, au Congrès de Washington, donna sa conception de l'eczéma séborrhéique, prenant pour type de sa description l'affection que l'on connaissait sous le nom d'eczéma acnéique ou d'eczéma flannelaire des médecins de l'hôpital Saint-Louis, il ne mettait pas en doute la nature eczémateuse de la dermatose qu'il appelait ainsi, et affirmait que l'éruption affecte de préférence les régions d'élection de la séborrhée. Mais, frappé en outre du fait qu'on rencontre tous les degrés intermédiaires entre les eczémas à squames grasses et les pityriasis d'une part, certains psoriasis d'autre part, il fut amené dans ses publications postérieures à élargir singulièrement le cadre de l'eczéma séborrhéique.

La doctrine de Unna, accueillie d'abord avec faveur parce qu'elle apportait un commencement de classification dans le groupe informe qu'était alors l'eczéma, ne tarda pas à être vivement critiquée.

On contesta, tout d'abord, la nature eczémateuse du processus ; on contesta ensuite sa localisation élective sur les régions où siège la séborrhée.

Pour ce qui est de la nature eczémateuse du processus, M. Brocq fut l'un des premiers à ne pas l'accepter ; il proposa de désigner sous le nom de « séborrhéites » l'ensemble des faits différenciés par le maître de Hambourg.

« Si, écrit-il en 1897, nous voulons garder le radical séborrhée et supprimer le mot eczéma dans la dénomination de tous ces faits, comme d'autre part, ils s'accompagnent toujours d'un certain degré d'inflammation, il nous paraît tout naturel d'adopter pour les désigner le mot nouveau de « séborrhéites » : il a le double avantage de rappeler le vocable ancien et d'affirmer de la manière la plus nette l'existence de tout un groupe de dermatoses vraiment distinctes de l'eczéma vulgaire. » La même année, il changeait ce mot et adoptait celui de « séborréide », proposé par M. le P^r Audry.

M. Brocq ajoutait : « Plus nous avançons dans l'étude clinique et plus nous sommes convaincu qu'entre les eczémas vulgaires d'une part, le psoriasis typique d'autre part, il y a tout un groupe immense et complexe de dermatoses surtout distinctes des eczémas vrais, beaucoup moins des psoriasis vrais, et qui est vraiment trop important pour n'avoir pas son existence propre dans le cadre nosologique et être simplement considéré comme constituant des faits de passage. »

Quant à la seconde affirmation de Unna ayant trait à la localisation même de son eczéma séborrhéique, M. Brocq écrit, en 1899 : « Après beaucoup d'hésitations, nous sommes arrivé à être convaincu que la séborrhée ne joue qu'un rôle accessoire dans ces affections ; aussi, après avoir adopté le mot de « séborrhéide » créé par Audry pour les désigner, nous le discutons actuellement. »

C'est alors que, définitivement, il donne le nom de parakératoses psoriasiformes à toute une série de faits qui sont voisins du psoriasis et ressemblent à des éléments de psoriasis avorté.

Depuis cette époque, M. Brocq, dans son enseignement, a continuellement insisté sur la réalité et l'importance de ce groupe morbide. Dans ces dernières années, un nouveau procédé d'exploration, le grattage méthodique, en lui mon-

trant dans toute la série des dermatoses rouges et squameuses des particularités très nettes, est venu encore fortifier son opinion.

Mon maître, M. Brocq, m'a fait l'honneur de me proposer d'étudier, dans un travail d'ensemble, les parakératoses psoriasiformes. Je n'ai nullement la prétention de faire œuvre originale; je ne fais qu'exposer les idées et l'enseignement qu'il m'a donnés.

Je suis profondément heureux de cette occasion qui m'est offerte d'assurer mon éminent Maître de mon sincère attachement et de ma profonde reconnaissance.

HISTORIQUE

« Je connaissais déjà depuis longtemps, dit M. Brocq, et pour les avoir maudits, ces faits étranges dans lesquels il est fort difficile, sinon impossible au premier abord, de déclarer s'il s'agit d'un psoriasis ou d'un eczéma, mais je les croyais beaucoup moins nombreux qu'ils ne sont en réalité. J'ai revu des malades que j'avais étiquetés autrefois eczémas et qui me revenaient avec des lésions de psoriasis, et inversement des malades que j'avais considérés comme atteints de psoriasis et qui me revenaient avec des lésions franchement eczémateuses. (1) »

Ces faits étaient connus des dermatologistes; ils sont d'observation courante et ont été souvent décrits, parfois soupçonnés dans leur nature.

Au point de vue clinique, on connaissait surtout une éruption relativement fréquente, qui siège sur le devant de la poitrine et entre les deux épaules, et qui coïncide assez fréquemment avec des lésions analogues du cuir chevelu. C'est une affection sans importance, mais particulièrement tenace chez les sujets qui portent de la flanelle; elle est essentiellement caractérisée par de petits éléments à évolution excentrique, variables de forme et de dimensions, qui ont au début la grandeur d'une tête d'épingle, qui s'étalent peu à peu et arrivent à avoir la largeur de l'ongle, d'une pièce de

(1) L. Brocq. *La question des Eczémas*. Paris, 1900.

un franc, et même plus; ils sont arrondis, circinés, à bords légèrement saillants, assez nettement arrêtés, d'un rouge assez vif, parfois quasi acnéiques, recouverts de squames un peu molles et comme graisseuses, à centre affaissé, jaunâtre ou à peine teinté, quelquefois d'aspect normal.

Ces faits sont probablement signalés dans les travaux que Hébra consacra à l'étude des séborrhées. Les dermatologistes de l'école française, Bielt, Devergie, Gibert, donnent, des pityriasis et des lésions inflammatoires qui les accompagnent, des descriptions où il n'est pas facile de démêler ce qui revient aux différentes mycoses, aux folliculites, à l'alopecie pityrode, à la séborrhée, à l'eczéma, mais où l'on peut avec certitude retrouver quelques traits caractéristiques de ces éruptions proches de l'eczéma.

Personne mieux que Rayer n'a le droit d'être compté parmi les précurseurs, quand il a indiqué les rapports qui existent entre les pityriasis du cuir chevelu, et certaines poussées eczématiformes qui envahissent le cou, la poitrine, le dos; ces faits rentrent évidemment dans le même cadre.

Erasmus Wilson a décrit les efflorescences sternales qu'il considérait comme formant son lichen circinatus.

L'eczéma acnéique de Bazin, de Lailler, l'eczéma marginé de Hardy désignent les mêmes modalités cliniques. Vidal, E. Besnier connaissaient, décrivaient les mêmes formes élémentaires et les considéraient comme des eczémas, eczéma flanelleire; ils ne mettaient pas en doute leur nature parasitaire.

Duhring signalait les mêmes faits en tant que manifestation de la séborrhée.

Jusqu'en 1887, ces lésions étaient donc parfaitement connues des cliniciens, mais ils les considéraient tantôt comme faisant partie de l'eczéma, tantôt comme faisant partie de la séborrhée.

C'est l'étude de ces faits qui a été le point de départ de

toute une série de travaux qui sont dus à l'éminent dermatologiste de Hambourg, P. G. Unna, et c'est en 1887, au Congrès de Washington, qu'il a pour la première fois fait connaître ses idées.

Il semble que ce soit en recherchant ce qu'il faut réellement entendre sous le nom de séborrhée, que Unna ait été amené à la conception de ce qu'il a appelé eczéma séborrhéique.

D'après lui, on a confondu deux groupes de faits très différents sous le nom de séborrhée :

1° Une *véritable hypersécrétion graisseuse* des glandes sudoripares qui constitue la maladie vraiment digne du nom de séborrhée.

2° Des *processus inflammatoires chroniques* de la peau qui répondent à ce que l'école de Vienne a décrit sous le nom de séborrhée sèche et en particulier au pityriasis capitis. Ces dernières lésions sont pour Unna des dermatoses inflammatoires bien définies qui peuvent s'accompagner de la production d'une quantité anormale de graisse provenant d'une hypersécrétion des glandes sudoripares et non des glandes sébacées. C'est à ces dermatoses spéciales qu'il donne le nom d'eczéma séborrhéique et tous les processus morbides qui présentent le caractère d'être des catarrhes chroniques de la peau avec hypersécrétion graisseuse doivent, pour lui, rentrer dans cet eczéma séborrhéique.

Dès cette époque, le domaine de cet eczéma séborrhéique était extrêmement vaste. Il nous suffit de faire remarquer que ce nouveau cadre morbide comprend : 1° tous les pityriasis du cuir chevelu ; 2° les croûtes graisseuses du cuir chevelu avec ou sans infiltration rosée ou rouge visible sous-jacente des téguments ; 3° des dermatoses humides, suintantes, caractérisées par des squames graisseuses, par un aspect rappelant tout à fait celui de l'eczéma vulgaire, et par une prédilection marquée pour les plis rétro-auriculaires, pour

les plis articulaires, pour le cuir chevelu; 4° l'eczéma dit flannelaire avec ses différents caractères objectifs; 5° ce que Unna appelle l'acné rosée érythémateuse; 6° des états squameux du visage répondant aux dartres volantes des anciens auteurs, ailleurs à des formes légères de psoriasis.

En 1890, dans son mémoire sur les Parakératoses, Unna étend encore le cadre de l'eczéma séborrhéique, et de ce travail on peut conclure que Unna admet que presque tous les eczémas sont d'origine séborrhéique, mais de plus, on trouve nettement exprimée une autre proposition, c'est que la plupart sinon la totalité des psoriasis doivent rentrer dans l'eczéma séborrhéique.

En 1892, Unna fait connaître à la Société de Médecine de Hambourg le résultat de ses recherches bactériologiques et expérimentales sur les eczémas. Dans tous les cas d'eczéma, il trouve un microbe auquel il donne le nom de morococcus et qu'il considère comme pathogénomique.

Enfin, en 1893, paraît son Mémoire définitif sur l'eczéma séborrhéique (1), nous ne ferons qu'en rappeler les grandes lignes.

L'eczéma séborrhéique ou catarrhe séborrhéique de la peau est histologiquement caractérisé par les quatre facteurs histologiques de tous les eczémas : 1° une *parakératose* de l'épiderme; 2° une prolifération épithéliale de la couche des cellules épineuses ou *acanthose*; 3° la formation, par suite d'un œdème intercellulaire, d'un *état spongoïde* de la couche épineuse, d'où résultent de petites cavités intercellulaires et plus tard de vraies vésicules par refoulement des cellules; 4° une inflammation du derme qui s'étend plus ou moins profondément. En outre, il présente un cinquième caractère histologique qui lui est spécial, c'est une augmentation de la

(1) P. G. UNNA. L'eczéma séborrhéique. Traduction française du Dr Menahem Hodara. *Journal des Maladies cut. et syph.*, Mars-Avril 1894.

graisse normale, ce qui est un signe de la suractivité des glomérules.

De ce dernier Mémoire de Unna, nous devons surtout retenir deux propositions : 1^o Les vésicules forment le point culminant de l'exsudation, mais leur manque d'existence n'exclut jamais le diagnostic d'eczéma ; il suffit pour le poser qu'il y ait parakératose. 2^o L'eczéma séborrhéique est d'origine parasitaire. Les micro-organismes qui pullulent dans les croûtes de l'eczéma séborrhéique, se réduisent surtout à deux espèces que l'on rencontre fréquemment : ce sont les bacilles en forme de bouteille ou spores de Malassez et les morococchi.

L'eczéma séborrhéique de Unna ou mieux les différentes formes éruptives qu'il groupait sous ce nom, constituaient donc bien, malgré leur diversité d'aspect, un seul et même groupe parfaitement défini, une *entité morbide vraie*, puisqu'elles reconnaissent : 1^o au point de vue histologique, des lésions parakératosiques analogues ; 2^o au point de vue pathogénique, les mêmes agents infectieux pour origine.

A l'exception de Philippon, tous les élèves de Unna adoptèrent les héories de leur maître. En Amérique, Elliot admet, ui aussi, que l'on ne doit pas rechercher dans la vésicule, le critérium de l'eczéma, et cependant sa doctrine diffère de celle de Unna en ce sens qu'il ne croit pas que la parakératose peut être considérée comme lésion pathogénomique de l'eczéma séborrhéique.

C'est en 1889 que Brooke (de Manchester), formula les premières réserves sérieuses à propos de la théorie de l'eczéma séborrhéique (1). Il se refuse à faire entrer dans l'eczéma les desquamations furfuracées du cuir chevelu qui ne s'accompagnent d'aucune infiltration des téguments, et la séborrhée du corps (lésions circonscrites du devant de la poitrine) dans

(1) H. G. BROOKE. *The relations of the séborrhoeic processes to some other affections of the skin*. Juin 1889, et L. BROCCQ. *La question des eczémas*.

laquelle on voit un processus morbide persister de longues années sans amener d'autre phénomène qu'une légère hyperhémie des téguments : « On ne retrouve dans ces faits, dit-il, ni papulation, ni vésiculation, ce qui est contraire aux idées que l'on doit se faire sur l'eczéma. » Il croit que la séborrhée, comme toute autre cause d'irritation de la peau, peut être fort bien, chez les sujets prédisposés, le point de départ d'une poussée d'eczéma typique : le développement de l'eczéma se fait alors surtout en certains points où la peau est plus fine, comme derrière les oreilles, et il dépend, soit de l'irritation causée par la séborrhée elle-même, soit de l'irritation causée par les autres sécrétions cutanées ou par le grattage.

Le même auteur fait de plus cette constatation capitale, que l'on peut appliquer sur ces lésions des réducteurs forts, comme le goudron, le soufre, la résorcine, la chrysarobine, sans causer d'inflammation vive ; ces substances sont même parfois nécessaires pour amener la guérison.

Ce ne sont pas là les réactions de l'eczéma ordinaire, et ces propriétés semblent indiquer bien plutôt que les lésions sont dues à l'action irritante de quelque parasite de nature encore inconnue et non à une forme quelconque d'eczéma. Cette affection n'a donc pour lui ni la physionomie clinique, ni les réactions thérapeutiques des dermatoses auxquelles il a l'habitude de donner le nom d'eczéma, et elle ressemble souvent beaucoup plus au psoriasis, mais Brooke ne l'assimile pas cependant au psoriasis.

Radcliffe Crocker, en 1893, décrit à part, en dehors du cadre de l'eczéma vrai, les formes morbides constituant l'eczéma séborrhéique de Unna. Il pense que cet auteur a donné trop d'extension à ce type morbide. Les affections qu'il décrit sous le nom de « Seborrhoeic dermatitis » ressemblent tantôt à l'eczéma, tantôt au psoriasis ou au lichen, et il pense qu'il y aurait avantage à adopter une dénomination

spéciale à chacune de ces formes ; aussi décrit-il une séborrhoea eczématiformis, psoriasiformis, papulosa seu lichenoïdes.

Les idées de Duhring sont peu précises ; il pense cependant que Unna a confondu, dans son eczéma séborrhéique, plusieurs affections qui doivent être distinguées les unes des autres. Parfois, il semble qu'il s'agit d'une affection spéciale qui n'est ni de l'eczéma, ni de la séborrhée. Duhring pense que parfois il peut s'agir d'un psoriasis séborrhéique.

En Allemagne, les auteurs qui se sont le plus occupés de ces questions sont Philippson, Neisser, Török.

Philippson critique les arguments histologistes sur lesquels Unna appuie sa conception de l'eczéma séborrhéique et au point de vue clinique, il fait remarquer qu'il suffit pour Unna, de constater de la séborrhée du cuir chevelu, pour porter le diagnostic d'eczéma séborrhéique, quel que soit l'aspect de la dermatose eczémateuse, psoriasique ou couperosique.

Neisser admet que la dermatose appelée eczéma flannelaire ou seborrhoea corporis n'est pas un eczéma ; il admet que le pityriasis capitis n'a aucun rapport avec l'eczéma, et enfin que les dermatoses rangées par Unna dans l'eczéma séborrhéique doivent former un groupe morbide spécial, où il est difficile de savoir ce qui revient à la séborrhée, ce qui revient à l'eczéma.

En 1899, Török, après avoir critiqué les recherches bactériologiques de Unna, discute uniquement sur la nature du seul type clinique auquel Duhring a donné le nom de seborrhoea corporis. D'après lui, les lésions histologiques sont celles du psoriasis ; au point de vue clinique, on voit souvent les éruptions typiques de la séborrhée du corps s'associer chez le même sujet avec des lésions typiques de psoriasis.

Török ne peut admettre que ce soit là une raison pour faire rentrer le psoriasis dans l'eczéma séborrhéique : « Toute lésion psoriasique doit s'appeler psoriasis, quel qu'en soit le

siège » et, de ce fait, il conclut que l'on doit rattacher la séborrhée du corps au psoriasis.

En France, la plupart des dermatologistes se sont préoccupés des conceptions de Unna.

En premier lieu, nous devons rappeler les travaux de M. le Pr Audry.

En 1893, il fait paraître un premier article sur « La dermatose de Unna »; en 1894 (1), il fait paraître un travail complet; en 1899, il publie un mémoire définitif (2).

Dans ce dernier mémoire, M. Audry déclare qu'il faut restreindre et non étendre de cadre de l'eczéma séborrhéique. Il pose en fait qu'à l'heure actuelle, nous sommes obligés d'étayer surtout nos conceptions sur l'observation clinique, car l'anatomie pathologique et la bactériologie ne peuvent pour le moment nous fournir que des données accessoires.

En s'appuyant sur les recherches de Darier, de Béatty, de Grenet, il prouve que l'hyperstéatose cutanée n'a pas dans cette affection l'importance fondamentale que Unna lui attribuait. « Non seulement la séborrhée peut être absente, mais encore l'existence de phénomènes inflammatoires, larvés ou patents, combinés avec une séborrhée probable, n'est nullement à mon avis, suffisante pour que l'on puisse considérer la lésion comme appartenant en propre à la dermatose de Unna. »

Pour ce qui est de la nature eczémateuse du processus, M. Audry déclare nettement, qu'en se basant uniquement sur la clinique, il ne peut ranger la dermatose de Unna dans l'eczéma. « Et cependant, dit-il, l'eczématisation en est une complication extrêmement fréquente. Est-ce un eczéma séborrhéique modifié ou compliqué ? En réalité, ces faits sont pour moi encore tout à fait obscurs. Ce sont eux qui gênent

(1) CH. AUDRY. Sur la dermatose de Unna *Annales de Dermat. et de Syph.*, 1894.

(2) CH. AUDRY. Le soi-disant eczéma séborrhéique, *Annales de Dermat. et de Syph.*, avril et mars 1899.

dans la délimitation à opérer avec les anciens eczémas, de même que d'autres cas relient étroitement la dermatose de Unna au psoriasis. Peut-être l'observation clinique pure est-elle le meilleur moyen d'y parvenir et de considérer l'eczématisation, simple expression anatomique, comme un épiphénomène d'importance secondaire survenu au cours de la dermatose que nous étudions, ainsi qu'elle peut vraisemblablement se produire à la surface de bon nombre de lésions superficielles de nature complètement différente ».

Enfin, M. Audry restreint le cadre de l'eczéma séborrhéique de Unna. Il en rejette nettement le pityriasis capitis et les taches jaunes : « Plus difficile dit-il, est de le délimiter des affections voisines, en particulier du psoriasis, et je pense qu'il faut attribuer à la dermatose de Unna un dixième des faits qui sont couramment étiquetés psoriasis », et il conclut que cette dermatose est « une maladie de l'épiderme complètement autonome et circonscrite, bien définie dans la plupart des cas, maladie vraisemblablement spécifique et parasitaire, bien que l'agent n'en ait pas encore été suffisamment démontré ».

Dans les notes annexées à la traduction de l'ouvrage de Kaposi, dans le Traité de Thérapeutique appliquée de A. Robin, Besnier avait exposé et critiqué les conceptions de Unna. Il admettait qu'il est possible de constituer un groupe spécial d'affections intermédiaires aux eczémas et aux psoriasis, mais il ne pouvait concevoir que les formes aiguës à extension rapide, puissent dépendre uniquement du parasitisme ; il se refusait à ranger le psoriasis dans l'eczéma séborrhéique.

En 1900, Besnier fait paraître l'article « Eczéma séborrhéique », dans la *Pratique Dermâtologique*.

Si nous dégageons sa pensée, voici comment nous pouvons la synthétiser : il a de la tendance à croire que les formes primitives et pures, décrites par Unna, ne sont guère compa-

rables aux dermatoses vraiment dignes du nom d'eczéma. Il pense d'autre part que le terme de « Séborrhéique » n'est guère justifié pour cette affection, car l'élément séborrhéique peut y faire totalement défaut. Et cependant, il croit qu'il faut conserver pour le moment, la conception de Unna et sa dénomination, et cela pour les raisons suivantes : 1° Le groupement d'affections qu'il a proposé est exact en clinique ; 2° ces dermatoses ont de fréquents rapports avec les séborrhées anciennes ; 3° l'eczématisation joue un rôle considérable dans leur évolution ; 4° ce sont des maladies pré-eczématisées ; 5° elles donnent lieu à des indications thérapeutiques spéciales s'appliquant à tout ce groupe.

Besnier ne croit pas qu'il soit bon de renverser la conception de Unna parce qu'on a pas de documents suffisants pour édifier sur ses ruines des types cliniques parfaits, pathogéniquement bien établis, et à l'abri de toute discussion : « On ne peut, dit-il, refuser à ces affections le nom d'eczéma, car on ne peut dire à l'heure actuelle avec certitude, où commence l'eczéma et ce qu'il est. Et d'ailleurs, la maladie de Unna se complique d'eczématisation avec une extrême fréquence, et cela suffit pour qu'il ne soit pas excessif de dénommer, avec Unna, les divers types qu'il a décrits, eczéma séborrhéique ».

M. le Dr Gaucher (1) ne reconnaît, comme eczéma séborrhéique, que l'affection circinée marginée qui a été décrite par Bazin sous le nom d'eczéma acnéique. Les formes squameuses de Unna sont pour lui des pityriasis simplex ou de la séborrhée pityriasique : elles se compliquent fréquemment d'un eczéma ordinaire.

M. Hallopeau (2) étend encore le cercle des affections séborrhéiques : non seulement il y fait rentrer le psoriasis tout entier, mais encore le pityriasis rubra pilaris ; à l'inverse de

(1) E. GAUCHER *Leçons sur les maladies de la peau*, 1895, p. 277.

(2) H. HALLOPEAU. *Semaine Médicale*, 1895, p. 390 et suivantes.

Unna, il déclare que toutes ces dermatoses ne constituent pas une seule et même affection. Elles ont une origine commune, un trouble de l'excrétion des matières grasses, trouble qui a surtout son siège dans les glandes pilo-sébacées. Cependant, M. Hallopeau reconnaît qu'il existe des dermatoses spéciales, ne répondant à aucun cadre actuellement connu, et pour lesquelles il admet le nom de « séborrhéides », « en donnant à ce radical une signification surtout clinique; car si l'observation justifie pleinement le rapprochement qui s'est fait sur ce nom entre des dermatoses qui diffèrent par leur aspect et leur localisation, il n'est pas encore pleinement démontré qu'elles soient toutes subordonnées à un trouble de l'excrétion graisseuse (1) ».

M. Tenneson décrit, sous le nom de psoriasis eczémateux, les formes intermédiaires à l'eczéma et au psoriasis : « Ces formes, dit-il, sont considérées par les uns [comme des eczémas, par les autres comme des psoriasis, car, en vertu d'idées théoriques, on nie la possibilité des formes de transition entre l'eczéma et le psoriasis. Et cependant, ces formes composées existent; elles avaient déjà été décrites par Devergie. » (2)

En 1904, M. Sabouraud, dans son livre sur les pityriasis, distingue nettement plusieurs types morbides. A côté du pityriasis simplex ou willanique dont il décrit plusieurs formes, il distingue une autre forme objective : les pityriasis stéatoïdes, qui correspondent aux dermatoses marginées, acnéiques, figurées ou flanelles des médecins de l'hôpital Saint-Louis. Ces pityriasis stéatoïdes renferment aussi d'autres formes objectives peu précises au point de vue clinique, bien qu'elles paraissent l'être, au premier abord, au point de vue histologique de leurs squames et au point de vue bactério-

(1) H. HALLOPEAU. Note sur un cas de séborrhéide. *Société de Dermat.* Juillet 1898.

(2) TENNESSON. *Traité clinique de Dermatologie*, 1893, p. 150.

logique. Leurs caractères histologiques sont en effet d'avoir à leur surface des squames-croûtes épaisses, composées de cellules plus ou moins kératinisées, séparées par d'innombrables alvéoles ovoïdes de dimensions variables occupées par une matière qui a tous les caractères du sérum coagulé. Leurs caractères bactériologiques seraient la co-existence de la spore de Malassez et du coccus polymorphe à cultures grises.

Toutes les dermatoses autres que ces pityriasis simplex et que ces pityriasis stéatoïdes, dermatoses étudiées par les auteurs sous le nom de séborrhéides, doivent être considérées comme des psoriasis vrais. Les psoriasis, pour M. Saboraud, sont caractérisés par la présence, dans les squames stratifiées qui les recouvrent, d'abcès miliaires contenant des leucocytes, mais sans microbes décelables. Cette lésion serait pathognomonique et, partant de ce principe, il englobe dans le cadre des psoriasis la plupart des séborrhéides.

M. Darier, dans son Précis de Dermatologie, propose le nom d'eczématides pour désigner tout le groupe de dermatoses érythémato-squameuses en taches ou placards circinés appelées eczémas, séborrhéides, eczémas secs. « Les relations de ces éruptions avec la séborrhée sont inconstantes. Je les crois proches parentes des eczémas pour deux raisons : parce qu'on observe en clinique des passages insensibles des unes aux autres, et parce que, histologiquement, leurs lésions sont semblables, au degré près. On ne peut cependant pas les incorporer tout uniment à l'eczéma, attendu que les éléments diffèrent cliniquement de ce dernier par les quatre caractères suivants : leur sécheresse habituelle, la netteté de leurs contours arrondis ou polycycliques, leur persistance prolongée dans le même aspect, leur guérison très facile sous l'influence de certains topiques (1). »

Tel est le long exposé des principaux travaux parus sur la

(1) J. DARIER. [*Précis de Dermatologie*, 1909, p. 72.]

Dermatose de Unna (1). On voit que les idées du dermatologiste de Hambourg, n'ont été admises dans leur intégralité que par ses élèves directs. Les autres auteurs lui ont fait pour la plupart des objections d'ensemble ou de détail.

On s'accorde généralement à mettre à part la séborrhée huileuse vraie ou séborrhée grasse, les taches jaunes, à considérer l'eczéma séborrhéique circonscrit du devant de la poitrine et ses diverses variétés comme une affection bien à part et de nature parasitaire probable.

Mais sur tous les autres points, l'accord est loin d'être fait, la discussion reste ouverte.

Si nous voulions synthétiser, nous pourrions classer en quatre grandes catégories, les opinions actuellement en cours :

1° Les partisans convaincus de la théorie de Unna et de sa conception de l'eczéma séborrhéique : ce sont les élèves directs du maître de Hambourg.

2° Ceux qui trouvent que cette conception n'est pas irréprochable, que la plupart des dermatoses rangées dans ce groupe ne sont pas des eczémas véritables et qui, cependant, considèrent qu'il vaut mieux provisoirement conserver cette conception et ces dénominations sans y rien changer : c'était l'opinion de E. Besnier.

3° Ceux qui déclarent que la conception de l'eczéma séborrhéique est radicalement mauvaise, que les lésions de ces dermatoses sont des lésions de psoriasis : parmi eux, nous devons citer Török et M. Sabouraud.

4° Ceux qui déclarent nettement qu'il faut modifier dans une certaine mesure la conception de Unna, et ne pas appeler eczéma les affections dont nous venons de parler : ce sont Brooke, M. le Pr Audry, M. Darier.

(1) Nous ne faisons pas, dans cet historique, l'exposé des travaux de M. Brocq, nous réservant de le faire dans les chapitres ultérieurs.

Après avoir indiqué ces différentes opinions nous voudrions, en exposant la conception de M. Brocq, apporter un peu de clarté dans ces discussions.

En nous basant uniquement sur l'aspect objectif de ces dermatoses, que M. Brocq, en 1887, appelait « Séborrhéides » et qu'il appelle aujourd'hui « Parakératoses psoriasiformes », nous allons essayer de classer les faits.

Nous ne pouvons le faire avec précision, que si nous connaissons la conception générale des dermatoses, la théorie des faits de passage, le procédé d'exploration préconisé par M. Brocq, sous le nom de grattage méthodique; que si nous exposons comment nous concevons les critères objectifs de l'eczéma et du psoriasis. En prenant ces bases comme point de départ, nous pourrons différencier et classer les dermatoses rouges et squameuses intermédiaires à l'eczéma et au psoriasis.

L'exposé rapide de ces questions va servir d'introduction à l'étude des parakératoses psoriasiformes.

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION GÉNÉRALE DES DERMATOSSES. THÉORIE DES FAITS DE PASSAGE. LE GRATAGE MÉTHODIQUE.

La classification générale des dermatoses qui a été proposée par M. Brocq, date de 1904 :

« La seule manière vraiment logique, dit-il, de concevoir une maladie, est d'en pénétrer la pathogénie et l'étiologie. Pour ma part, je me refuse à admettre une classification nosologique qui ne serait pas fondée sur ce principe. »

De ce fait, il distingue cinq grandes classes des plus nettes, qui sont :

- 1° Les difformités cutanées ;
- 2° Les éruptions artificielles, qui se subdivisent de la manière suivante :
 - a) celles qui se produisent par l'action directe des agents extérieurs, de quelque nature qu'ils puissent être.
 - b) celles qui sont produites par l'ingestion de substances nuisibles, aliments, médicaments, etc.
- 3° Les éruptions dites parasitaires ;
- 4° Les éruptions d'origine microbienne ;
- 5° Les éruptions d'origine nerveuse vraie.

Ce premier groupe de maladies, dont l'étiologie et la pathogénie sont nettement établies, constitue les *entités morbides vraies*.

Mais nous nous apercevons aussitôt que les dermatoses les plus fréquentes, les plus importantes, ne peuvent figurer dans aucune des cinq grandes classes ; que faire de cet énorme reliquat qui comprend les urticaires, les érythèmes, les eczémas, les psoriasis, en un mot presque toutes les dermatoses banales ?

Dans cet immense groupe de faits, le type morbide n'est plus fortement constitué par une étiologie et une pathogénie précises, car des facteurs multiples interviennent qui proviennent pour la plupart du malade lui-même et résultent de la viciation progressive de ses tissus, des auto-intoxications qui se produisent chez lui, grâce à un mauvais fonctionnement de ses divers organes, foie, tube digestif, filtre rénal, diverses glandes et organes à sécrétion interne, dont on commence à entrevoir le rôle dans l'équilibre normal de l'organisme.

Dans ces *réactions morbides cutanées* nous n'avons, pour établir des distinctions et des types pathologiques, qu'un seul caractère : l'aspect objectif, c'est-à-dire la lésion anatomique, et c'est sur cet aspect objectif seul qu'il faut s'appuyer pour établir des catégories dans ce groupe énorme de lésions cutanées.

Toutes ces dermatoses, qui semblent résulter de prédispositions individuelles en tant que causes premières, qui sont « l'expression de l'individu », ont une symptomatologie précise à l'inverse de l'entité morbide vraie, qui a une étiologie précise, mais peut avoir une symptomatologie variable.

Dans ces affections, il est de toute nécessité de faire une étude minutieuse des formes morbides objectives, d'étudier les *lésions élémentaires* dont l'ensemble constitue l'éruption.

Les *réactions cutanées* sont donc des aspects objectifs qui dépendent exclusivement :

1° De la morbidité du sujet, c'est-à-dire de la disposition du moment à être malade ;

2° De la prédisposition spéciale qu'ont les téguments à réagir de telle ou telle manière sous l'influence de cette morbidité;

3° D'une cause occasionnelle quelconque, qui met en jeu cette prédisposition.

« Or, pour peu qu'on veuille y réfléchir, dit M. Brocq, il est impossible de ne pas voir à quel point cette notion des réactions cutanées qui était déjà en germe dans l'article, « Pathogénie des érythèmes », de E. Besnier, paru en 1890 dans les *Annales de Dermatologie*, que nous avons formulée en 1891 dans nos conférences à l'hôpital Saint-Louis, que nous avons complètement systématisée en 1892 au Congrès de Vienne, dans notre communication sur « les Dermatoses prurigineuses et les lichens », éclaire d'une vive lumière la conception générale des dermatoses. Nous retrouvons ici, mais expliquée, interprétée et non pas seulement fondée sur une grossière anatomie pathologique, toute la classification de Willan. Et en effet, on doit se baser sur l'aspect objectif de ces réactions cutanées pour établir parmi elles des types cliniques qui en facilitent l'étude et permettent d'en faire la nomenclature. » (1)

Cette classification serait idéale, si chaque réaction cutanée était nettement différenciée; mais, quand on étudie avec soin les divers types morbides on s'aperçoit bien vite qu'à côté d'eux il existe une série complète de faits de passage qui établissent entre eux d'intimes traits d'union.

« Cette si importante particularité est connue depuis longtemps, dit M. Brocq, et nous n'avons certes pas la prétention de l'avoir découverte; elle a déjà été signalée par quelques observateurs, mais d'une façon toute incidente, et, jusqu'en 1893, on peut dire qu'elle a passé presque inaperçue.

(1) L. Brocq. Conception générale des dermatoses. *Presse Médicale* n°2, janvier 1902.

Ce fut à cette époque que, frappé de la fréquence des faits de passage entre les divers types morbides que nous avons longuement étudiés, comme les éruptions généralisées rouges, les éruptions bulleuses, les lichens, les psoriasis, les eczémas, et ce que l'on appelait alors les eczémas séborrhéiques, nous eûmes l'idée de faire un travail d'ensemble sur cette question, et de rendre tangible cette constitution des groupes dermatologiques en appliquant la méthode graphique à la classification des dermatoses » (1).

L'analyse minutieuse des faits montre qu'entre les types les plus habituels ou qui semblent l'être, et qui dès lors ont été admis par la plupart des dermatologistes, il existe des séries complètes de faits qui établissent des gammes insensibles entre les types admis ayant comme aspect objectif des caractères se rapportant à deux, parfois à trois ou quatre types voisins, et dont les affinités avec ces types, sont proportionnelles à leur degré de ressemblance avec chacun d'eux.

On voit donc que l'on peut concevoir chaque type morbide objectif comme un agrégat de faits : au centre de l'agrégat se trouvent les faits qui correspondent au type objectif parfaitement pur, tel que l'a formulé celui qui l'a décrit; peu à peu, à mesure que l'on s'éloigne de ce centre, on rencontre des faits un peu différents d'allures et de physionomie, ayant quelques-uns des traits caractéristiques d'un groupe voisin ou de plusieurs de ces groupes voisins, et dès lors, orientés dans la direction de ce groupe et d'autant plus rapprochés ou d'autant plus éloignés de lui qu'ils ont plus ou moins de traits de ressemblance avec lui.

« Tout agrégat de faits un peu dense constitue un type morbide secondaire, intermédiaire aux types morbides principaux; mais, entre tous ces agrégats, secondaires et principaux, il y a toujours les faits de passage plus ou moins fré-

(1) L. BROCC. Eruptions intermédiaires aux pytiriasis rose de Gibert, et avec séborrhéides psoriasiformes. *Presse Médicale*, n° 55, 11 juillet 1903.

quents, parfois fort rares, mais réels, qui établissent les traits d'union » (1).

Malheureusement, il est fort difficile de représenter ces agrégats graphiquement. « En effet, dit encore M. Brocq, nous ne pouvons sur le papier qu'en figurer la projection, et si nous voulons reproduire sur un même graphique plusieurs groupes morbides ou même un seul groupe morbide, quelque peu complexe, nous ne pouvons en donner la projection exacte, car elle serait confuse, et les divers centres de faits seraient projetés les uns sur les autres. Il en résulte que nous sommes obligés de fausser quelque peu nos projections pour les rendre lisibles, de telle sorte que parfois des groupes, forts voisins les uns des autres en réalité et dans l'espace, se trouvent, sur le papier, artificiellement éloignés. Mais, ce n'est là, en somme, qu'un inconvénient de minime importance. »

C'est en mai 1907, que M. Brocq a préconisé le procédé d'exploration auquel il a donné le nom de *grattage méthodique* : le Dr Simon en a fait le sujet de sa thèse inaugurale, et il a encore été étudié par notre collègue Lutembacher. Cette méthode permet d'analyser de plus près la structure des lésions élémentaires : « c'est l'équivalent d'une biopsie dans laquelle on débite la coupe en série, suivant des plans parallèles à la surface cutanée ». (Lutembacher.)

Avec la curette, on explore successivement la couche cornée, le corps muqueux, le derme ; dans chacun de ces plans, il faut savoir regarder et lire les lésions qu'ils présentent sous l'action de l'instrument.

Puisque ce grattage explore des plans histologiques, il doit être essentiellement méthodique et minutieux. Il fournit une série de renseignements qui peuvent avoir une certaine importance pour la détermination de l'affection cutanée que l'on

(1) L. BROCCQ, *loc. cit.*

étudiée et c'est ainsi que s'il s'agit d'une dermatose squameuse, le grattage nous montrera, de la manière la plus précise, quelle est l'épaisseur des squames, si elles sont sèches, blanches, nacrées ou jaunâtres, molles, un peu humides; si elles sont stratifiées, en taches de bougie; si elles sont minces; quel est leur degré d'adhérence; si elles se détachent par petits fragments friables, ou par larges lambeaux; si elles forment ou non une pellicule décollable appliquée sur le corps muqueux de Malpighi; si elles ont à leur face interne adhérente, des prolongements qui pénètrent dans les orifices du derme.

En nous guidant sur les principes et en employant les procédés qui nous ont été enseignés par notre maître, nous pensons pouvoir différencier, au point de vue purement objectif, les dermatoses rouges et squameuses, intermédiaires aux eczémas et aux psoriasis, mais qui ne peuvent être classées ni dans l'eczéma, ni dans le psoriasis, car elles n'ont pas les mêmes caractères objectifs.

CHAPITRE II

CONCEPTION DU GROUPE ECZÉMA ET DU GROUPE PSORIASIS. LEURS CARACTÈRES OBJECTIFS

L'eczéma n'étant défini, dans l'état actuel de la science, ni par un critérium étiologique, ni par un critérium pathogénique, nous ne pouvons le caractériser que par un critérium clinique, par l'aspect objectif qui semble le plus hautement spécial à la dermatose pendant la durée de son évolution, en le dégageant, autant que possible, de tout ce qui peut être considéré comme une complication.

Nous définissons l'eczéma une dermatose inflammatoire objectivement caractérisée : 1° par de la rougeur, qui peut manquer, dans certains cas, tout à fait au début ; 2° par une vésiculation plus ou moins accentuée, à vésicules presque toujours nettement perceptibles, bien formées, de la grosseur d'une tête d'épingle, parfois moins bien développées, et alors appréciables, grâce à l'apparition d'une fine croûte arrondie ; 3° souvent, mais pas toujours, par un écoulement de sérosité citrine, poissant le doigt et empesant le linge ; 4° et, suivant le degré de réaction inflammatoire et d'exsudation, par des croûtes et des desquamations consécutives.

L'eczéma peut présenter plusieurs aspects cliniques, et nous en distinguons deux formes : l'eczéma vésiculeux vrai et ou eczéma amorphe de Devergie, et l'eczéma papulo-

vésiculeux, qui est une forme de passage vers les prurigos.

Pour l'eczéma vrai, le critérium clinique est incontestablement donné par la *vésiculation*, soit nettement prononcée et aboutissant au suintement, soit en quelque sorte avortée, presque histologique et aboutissant simplement, au point de vue objectif, à la formation d'une minuscule croûtelles arrondie. La rougeur, la desquamation sont des symptômes importants, mais secondaires, car ils ne sont pas caractéristiques de cette forme morbide : ils s'observent dans beaucoup d'autres types dermatologiques ; ils ne sauraient être pris pour critérium objectif.

L'histologie concorde avec ce qu'indique l'aspect clinique : « La lésion capitale de l'eczéma, dit M. Darier, est un œdème du corps muqueux de Malphigi ; le liquide séreux s'infiltre entre les cellules épidermiques en distendant leurs filaments d'union, en sorte que le corps muqueux prend une apparence à laquelle Unna a donné très justement le nom d'état spongoïde, Besnier celui de spongieuse. Lorsque, dans l'état spongoïde, le liquide a une tension suffisante pour rompre les filaments d'union des cellules malphigiennes, il se collecte en vésicules, cavités remplies d'un plasma fibreux translucide, contenant quelques rares cellules migratrices et limitées par les cellules épidermiques repoussées et quelquefois tassées. Ces vésicules, fort petites au début, naissent dans la couche profonde de l'épiderme ; elles grandissent et confluent avec des vésicules voisines au point de devenir visibles à l'œil nu et de bomber sous la couche cornée ; ultérieurement, il s'en forme à toute hauteur dans le corps muqueux ; les plus anciennes sont repoussées vers la surface par l'évolution épidermique et, souvent, il s'en produit de nouvelles au-dessous » (1).

Presque tous les dermatologistes sont d'accord sur ce

(1) DARIER, *Précis de Dermatologie*, p. 42.

point : la vésicule est la lésion élémentaire de l'eczéma.

Il est certain qu'en se bornant à ranger dans la classe des eczémas les seules dermatoses qui répondent rigoureusement à ces caractères cliniques et anatomo-pathologiques, on limite beaucoup le domaine de cette affection.

Mais à côté de ce groupe considérable de dermatoses qui, au point de vue clinique, répondent au syndrome objectif eczéma, il faut bien reconnaître qu'il existe tout une série de faits qui, par définition même, ne pourraient rentrer dans ce groupe clinique : nous voulons parler de ce que les dermatologistes ont appelé l'eczéma sec.

Il est fréquent d'observer, à côté de placards vésiculeux et suintants d'eczéma vulgaire, des plaques à peine rosées squameuses au niveau desquelles on ne peut percevoir le moindre vestige de vésicules. Sur d'autres au contraire on découvre, en y regardant avec attention, de petites crouelles minuscules, arrondies, du volume d'une tête ou d'une pointe d'aiguille, enchâssées dans l'épiderme, indices certains de l'altération spongoïde : « Cette dernière catégorie est pour nous le prototype de l'eczéma sec ». (Brocq)

Il n'y a pas de suintement appréciable, et cependant il y a des vésicules, pas assez développées pour donner lieu à un écoulement de liquide, mais qui n'en existent pas moins objectivement, macroscopiquement, comme elles existent microscopiquement. « Leur petit volume, leurs anomalies de niveau, la présence à côté d'elles des reliquats de l'éviction des éléments semblables dont l'évolution est close, des squames et des croûtes, rendent parfois leur constatation laborieuse et les font méconnaître par les observateurs inattentifs et inexpérimentés. Il faut souvent un examen minutieux sous des incidences de lumières variées, avec l'aide de la loupe ou de la pression d'une lame de verre (1). »

(1) E. BESNIER. *La pratique Dermat.* Art. Eczéma, t. II, p. 41.

Nous dirons plus : il est quelquefois impossible, à l'œil nu et même à la loupe, de voir des vésicules, et c'est dans ces formes que le grattage méthodique va nous être d'une grande utilité. Dans l'eczéma vésiculeux vrai, les vésicules sont ouvertes dès le premier coup de curette et il en s'écoule une sérosité citrine poissant les doigts et empesant le linge. Il n'en est pas de même dans les formes objectives qui correspondent à l'eczéma sec : Quand on gratte légèrement ces plaques avec la curette, on met rapidement à découvert de petites cavités de dimensions assez variables, surtout arrondies, parfois légèrement ovalaires, semblant creusées dans l'épiderme profond, et dont le fond paraît légèrement humide. Ce sont les vésicules histologiques produites par une exosérose très modérée que l'on met ainsi en complète évidence : ces formes objectives rentrent donc bien dans l'eczéma, elles n'étaient sèches qu'en apparence.

Le syndrome objectif eczéma étant ainsi nettement différencié, tous les faits cliniques qui ne répondent pas à ce syndrome, doivent, par définition même, être séparés du groupe eczéma.

Nous pouvons répéter pour le psoriasis ce que nous venons de dire pour l'eczéma : le psoriasis, dans l'état actuel de la science, ne pouvant être défini ni par un critérium étiologique, ni par un critérium pathogénique, nous ne pouvons le caractériser que par un critérium clinique : l'aspect objectif de la lésion élémentaire.

Au point de vue objectif, on donne le nom de psoriasis à une affection cutanée caractérisée par des taches ou des plaques assez mal limitées, d'un rouge plus ou moins vif, recouvertes de squames d'un blanc nacré, souvent plus épaisses à leur centre que vers leurs bords : *quand on les enlève doucement, méthodiquement par un grattage doux, on voit que ces squames deviennent de plus en plus nacrées, qu'elles sont stratifiées ; on finit ainsi par détacher par lam-*

beaux la dernière couche d'épiderme cornée, et par mettre à nu une surface lisse, rouge et luisante, sur laquelle on aperçoit çà et là un petit piqueté hémorragique. C'est ce qu'on a appelé le signe d'Auspitz.

M. Brocq, en étudiant la question de la différenciation objective du psoriasis et des états psoriasiformes par le grattage méthodique, écrit : « Quand on gratte doucement, lentement avec l'ongle ou avec une curette d'exploration, un élément typique de psoriasis, on enlève progressivement, tantôt avec beaucoup de facilité, tantôt avec une certaine peine, toute une série de couches successives de squames blanches, nacrées, stratifiées; puis on arrive à percevoir la teinte rosée ou mieux d'un rouge assez vif des téguments sous-jacents. Si l'on continue à gratter avec douceur, on finit par soulever une sorte de *fine pellicule* qui se décolle par lambeaux relativement assez considérables, de un à plusieurs millimètres carrés d'étendue. Elle laisse au-dessous d'elle une surface dermique rouge, lisse et luisante, qui a un aspect brillant comme un peu gras et qui est souvent parsemée d'un petit piqueté hémorragique véritable, de telle sorte qu'un linge blanc appliqué sur cette surface se tache de très fines gouttelettes de sang. Ces petites hémorragies sont parfois très nombreuses; assez souvent, il faut attendre un certain temps pour qu'elles deviennent perceptibles. On peut également, par la même manœuvre, faire apparaître de petits points purpuriques au niveau de la plaque et tout autour d'elle ».

Duncan Bulkey avait antérieurement déjà observé dans le psoriasis cette fine pellicule lisse qu'il avait appelée cuticule sous-squameuse; M. Brocq l'appelle pellicule sous-squameuse.

Assez souvent, avant que l'hémorragie première se produise, une feuille de papier de soie appliquée à la surface de l'élément gratté se couvre d'un peu de sérosité : cette

exosérose en nappe, qui montre qu'il existe de l'œdème mal-phigien, n'a de valeur que parce qu'elle indique que l'on est en présence d'un psoriasis irritable.

Il faut aussi que nous attirions l'attention sur le fait que, dans quelques cas, il peut se produire du purpura avant l'hémorragie ou même en dehors de toute hémorragie. Cette anomalie se trouve dans deux circonstances : quand le psoriasis est jeune et quand il évolue chez un malade à système veineux fragile. « On peut trouver chez le même malade, au niveau des éléments jeunes, le purpura premier et l'exocérose sans cuticule décollable, tandis que sur les éléments voisins un peu plus vieux, on trouve de l'hémorragie facile avec une cuticule décollable douteuse : sur d'autres arrivés à l'état presque adulte, on trouve la cuticule décollable et le piqueté hémorragique » (1). Le psoriasis qui évolue chez les artério-scléreux ou sur les membres inférieurs de malades atteints de varices, peut présenter au grattage du purpura avant l'hémorragie.

Le grattage méthodique a vraiment dans le psoriasis la valeur d'une biopsie. L'histologie nous montre une lésion caractérisée de la superficie à la profondeur par, de la parakératose du stratum corneum, la disparition du stratum granulosum, l'hypertrophie et l'épaississement du corps muqueux entre les papilles, l'amincissement du corps muqueux en regard des papilles, de la dilatation des vaisseaux sanguins des papilles et des corps papillaires ; il n'y a pas en général de lésions dermiques, les papilles sont étroites et régulières. Dans son ensemble, *cette lésion est essentiellement régulière, homogène dans chaque plan parallèle à sa surface*, et le grattage méthodique indique nettement ce dernier point : le piqueté hémorragique qui se produit lorsqu'on a enlevé la pellicule décollable, est *régulièrement distribué* puisque les papilles sont *étroites et régulières*.

(1) SIMON, *Le grattage méthodique*, Th. inaug., Paris, G. Steinhel, 1908, p. 71.

En 1898, Munro et plus récemment M. Sabouraud ont montré, qu'outre ces lésions, on observe dans le psoriasis naissant ou progressif de petits abcès miliaires contenant des leucocytes, mais sans microbes décelables; ils se forment dans la couche sous-cornéenne du corps muqueux, et sont successivement repoussés dans la couche cornée où ils apparaissent réduits à des lits de cellules desséchées; ils sont très nombreux et se succèdent les uns aux autres rapidement quand l'éruption est en voie de progrès. Cette lésion est considérée comme pathognomonique du psoriasis par M. Sabouraud.

De toutes les particularités que nous venons de relever, les plus importantes, celles qui paraissent être les plus caractéristiques de l'aspect typique dit psoriasis, ce sont : 1° la possibilité de détacher, par lambeaux appréciables comme étendue, la dernière fine pellicule; 2° la possibilité d'arriver progressivement sur une surface rouge, lisse et luisante; 3° le piqueté hémorragique qui souvent la parsème. Tous ces caractères coïncident pour ainsi dire toujours avec l'aspect que l'on est convenu de regarder comme pathognomonique du psoriasis typique.

CHAPITRE III

LES ÉRUPTIONS ROUGES ET SQUAMEUSES INTERMÉDIAIRES A L'ECZÉMA ET AU PSORIASIS

« Quand Unna eût créé sa conception de l'eczéma, fonction du microbe auquel il a donné le nom de morocoque, et édifié son type de l'eczéma séborrhéique, nous avons cru devoir réagir : pour faire pénétrer, dans l'esprit du public médical, cette idée pour nous fondamentale que la plupart des dermatoses que Unna désignait sous le nom d'eczéma séborrhéique devaient être nettement distinguées de l'eczéma vésiculeux vrai, nous avons proposé de les désigner sous le nom de « séborrhéïdes ».

« En appelant séborrhéïdes tout cet ensemble de dermatoses, nous n'avions nullement la pensée d'édifier une entité morbide bien définie à laquelle ce terme s'appliquerait. Dans nos travaux sur ce sujet, nous avons au contraire bien nettement spécifié que, sous cette étiquette, nous groupions toute une série de faits assez disparates. C'était donc un groupe d'attente » (1).

Il est assez difficile d'y établir des divisions précises. Les diverses variétés objectives de ces dermatoses, peuvent en effet se mêler, se confondre, se superposer chez le même

(1) L. Brocq: *Traité de Dermatologie*. T. I, p. 336.

sujet. M. Brocq, cependant, en a distingué quatre groupes principaux.

Nous rangeons, dans un premier groupe, des faits assez nettement spécifiés au point de vue symptomatique et évolutif, dans lesquels l'éruption est caractérisée par sa localisation au niveau de la partie médiane de la poitrine, à la partie médiane du dos et au cuir chevelu, par son aspect élégant, étant disposée par petits points périfolliculaires ou par circinations complètes et incomplètes. M. Brocq l'a appelée dermatose figurée médio-thoracique. C'est une des variétés de l'eczéma séborrhéique de Unna, le pityriasis stéatoïde médio-thoracique de M. Sabouraud. Par ses caractères objectifs, par son évolution, par ses réactions à la thérapeutique locale, il semble bien que cette affection est d'origine microbienne. L'agent pathogène est-il le morocoque de Unna, c'est-à-dire le *staphylococcus cutis communis* ou *coccus polymorphe* à cultures grises de Sabouraud et Cedercreutz ? Il est impossible à l'heure actuelle d'être absolument affirmatif sur ce point. Cependant, il nous est presque permis de considérer cette dermatose comme une entité morbide vraie.

Le deuxième groupe de faits renferme des dermatoses rares, qui sont caractérisées au point de vue objectif par des éléments plus ou moins étendus, peu ou point infiltrés, d'une rougeur presque toujours pâle, recouverts d'une desquamation pityriasique ; leur longue durée habituelle, leur torpidité, leur peu de retentissement sur l'état général, leur défaut absolu de tendance à l'eczématisation les séparent nettement des groupes suivants entre lesquels cependant on trouve de nombreux faits de passage.

Ces faits sont nettement distincts du psoriasis ; le grattage méthodique montre que dans ces lésions il n'y a pas de pellicule décollable, pas d'hémorragies punctiformes, mais un fin purpura traumatique qui apparaît non seulement au ni-

veau des plaques éruptives, mais encore au niveau des régions voisines de peau en apparence saine. C'est pour ces éruptions si spéciales que M. Brocq a créé le terme de parapsoriasis. On en distingue trois variétés : les parapsoriasis lichenoides, les parapsoriasis en plaques, les parapsoriasis en gouttes. Pour cette dernière forme, Civatte a essayé, dans sa thèse inaugurale, de lui donner une autonomie et considère les faits qui s'y rattachent comme des tuberculides.

Le troisième groupe est caractérisé par des plaques à bords plus ou moins arrêtés, pityriasiques, c'est-à-dire sèches et finement squameuses, au niveau desquelles le derme a sa couleur normale ou est à peine rosé, sans aucune infiltration. Il correspond aux dartres furfuracées, aux dartres volantes des anciens auteurs. C'est pour M. Sabouraud le véritable pityriasis simplex. Ce serait, pour cet auteur, une entité morbide microbienne bien définie, l'agent pathogène réel étant la spore de Malassez.

Des lésions semblables peuvent être également réalisées par un impetigo à type sec, sans exsudation, siégeant au niveau du visage. Il s'agit alors de ces streptococcies qu'on observe surtout chez les enfants, et auxquelles M. Sabouraud a donné le nom d'impetigo pityrode.

Nous sommes donc obligés de classer ces faits dans les entités morbides vraies.

Le quatrième groupe renferme des dermatoses complexes disposées presque toujours en plaques à bords plus ou moins nets, d'un rouge rosé, d'un rouge bistre, d'un rouge intense avec un degré d'infiltration des couches supérieures du derme répondant à l'intensité de la coloration, mais toujours fort léger. « Au point de vue objectif, dit M. Brocq, elles constituent toute une série de faits s'élevant en gamme insensible des pityriasis simplex jusqu'au psoriasis. »

Ces éruptions diffèrent des pityriasis par la réaction inflammatoire du derme, des parapsoriasis par leur évolution rapide, par le prurit, par leur guérison relativement facile sous l'influence d'une médication appropriée, du psoriasis par des squames moins stratifiées, par une rougeur moins vive du derme, par l'absence au grattage de pellicule décollable et par l'absence d'une surface lisse, rouge et luisante parsemée d'un piqueté hémorragique.

Les formes sèches que nous étudierons se distinguent nettement de l'eczéma par l'absence de vésicules; le grattage méthodique nous montrera, l'histologie nous confirmera, qu'il n'existe aucune vésiculation, ce qui ne nous permet pas de considérer ces formes objectives comme des eczémas secs, comme des eczémas avortés.

A côté des formes sèches, nous distinguerons des formes objectives qui ont tendance à s'eczématiser ou mieux à se vésiculiser : vésicules microscopiques dont la présence nous sera révélée par le grattage méthodique, mais vésicules n'apparaissant jamais d'emblée sur peau saine, et se formant toujours sur un fond de rougeur franche ou de rougeur jaunâtre préexistantes, signe capital permettant la différenciation avec l'eczéma. Ces lésions sont souvent prurigineuses et la lichénification en est une complication fréquente.

Ces éruptions, enfin, peuvent avoir une évolution subaiguë : les plaques éruptives sont alors multiples, disséminées, prennent l'allure de pseudo-exanthèmes ressemblant alors à des éléments de pityriasis rosé de Gibert. Ces formes objectives peuvent siéger en un point quelconque du corps. A l'inverse des dermatoses du premier groupe, elles ne paraissent pas avoir de relation directe avec la séborrhée ; on ne saurait donc, en bonne et saine logique, leur conserver le nom de séborrhéides qui leur avait été donné par M. Audry et qui avait été admis par M. Hallopeau.

Ces éruptions se rapprochent du psoriasis, tant comme aspect clinique que comme réactions thérapeutiques ; nous

avons vu que, pour M. Sabouraud, les psoriasis sont caractérisés, non pas par des symptômes macroscopiques facilement appréciables à l'œil nu ou à la loupe, mais par la présence dans les squames stratifiées qui les recouvrent d'abcès leucocytaires amicrobiens uniquement perceptibles au microscope, puisqu'ils peuvent ne pas avoir plus de 20 μ de diamètre. Se basant sur l'anatomie pathologique, il réunit toutes ces dermatoses dans le psoriasis.

M. Brocq, tout en reconnaissant qu'à la rigueur on pourrait annexer ces formes objectives au psoriasis dont elles constitueraient alors une forme adultérée, déclare que leur importance est tellement considérable, leur fréquence si grande, qu'il est impossible qu'on les laisse dans l'ombre comme constituant de simples faits de passage et qu'elles méritent une description à part.

C'est à ce groupe de faits que M. Brocq a donné le nom de parakératoses psoriasiformes. Ce nom, essentiellement objectif, indique simplement quel est l'aspect de l'éruption; car nous tenons à déclarer que nous ne voulons nullement employer ce mot de parakératose dans son sens histologique : parakératose, en histologie, veut dire trouble de kératinisation caractérisé par la persistance des noyaux et de l'éléidine dans les cellules cornées; nous lui donnons un sens exclusivement clinique, et nous désignons ainsi un groupe de dermatoses rouges et squameuses que nous ne pouvons ranger, au point de vue des lésions objectives élémentaires, ni dans le psoriasis, ni dans l'eczéma.

A ceux qui nous reprocheraient d'apporter encore un mot nouveau à la terminologie déjà trop riche de la dermatologie, nous dirions que, attendu que ces lésions n'ont pas les caractères objectifs de l'eczéma, qu'elles ne se développent pas sur séborrhée, il faut bien donner un nom à ce groupe de faits et, avec M. Audry, nous pourrions ajouter : « Est-il admissible qu'un professeur s'adressant à ses élèves dise :

Voici un eczéma séborrhéique; cette affection s'appelle ainsi parce que ce n'est pas un eczéma et parce qu'elle n'a aucun rapport avec la séborrhée. » Nous reconnaissons cependant que ce mot de parakératose est défectueux, car il peut prêter à confusion.

M. Darier a proposé le mot d'« Eczématide »; il est certain que ce mot peut s'appliquer aux formes qui ont tendance à se vésiculiser; mais il prête également à la critique, s'il s'applique aux formes sèches pures dans lesquelles, par le grattage méthodique et par l'histologie, il est impossible de trouver de la vésiculation.

Ce groupe des parakératoses psoriasiformes étant ainsi défini, nous pouvons mettre en parallèle les idées de M. Brocq et celles de Unna.

M. Brocq est d'accord avec Unna sur deux points de la plus haute importance :

1° Qu'il existe entre les eczémas vrais et les psoriasis tout un groupe considérable de dermatoses plus proches des psoriasis que des eczémas et dignes d'être décrit à part ;

2° Que certains de ces faits sont très probablement d'origine microbienne et peut-être auto-inoculables et même contagieux.

Les idées de M. Brocq diffèrent de celles de Unna sur les points suivants : ●

1° Ces dermatoses ne peuvent-être appelées des eczémas parce que nous attachons au mot eczéma un sens restreint. Le critérium objectif de l'eczéma, est pour nous la vésiculation, et en particulier la vésiculation se faisant d'emblée sur peau saine; toute dermatose qui n'est pas vésiculeuse par définition même n'est pas un eczéma.

Nous rappelons que Unna ne prend pas la vésiculation comme critérium anatomo-pathologique de l'eczéma, mais bien la parakératose histologique. « Cette conception, dit M. Brocq, est séduisante au premier abord; mais dès qu'on la creuse

on ne tarde pas à s'apercevoir de la banalité de cette lésion, banalité telle qu'il est vraiment impossible de la prendre pour critérium, non seulement d'une dermatose, mais d'un groupe de dermatoses quelque peu défini. Mais nous convenons qu'au fond, il n'y a guère là qu'une querelle de mots à laquelle nous attribuons peut être une trop grande importance, à cause du désir que nous avons de préciser d'une manière rigoureuse le sens des termes que nous employons (1) » ;

2° M. Brocq pense qu'il faut faire de la lésion circonscrite et figurée du dos, du devant de la poitrine et du cuir chevelu, une dermatose tout à fait spéciale ;

3° Qu'il faut également mettre à part la séborrhée grasse proprement dite et les taches jaunes ;

4° Que la séborrhée ne joue qu'un rôle accessoire dans ces affections.

En nous basant sur les idées de M. Brocq, nous décrivons à part, et nous faisons un groupe spécial de cette énorme série d'affections cutanées.

Nous reconnaissons que ses limites sont peu précises et que de nombreux faits de passage relient intimement ces dermatoses aux psoriasis, aux parapsoriasis en plaques, aux pityriasis simplex, au pityriasis rosé de Gibert, d'une part ; que les formes qui ont tendance à se vésiculiser les relient aux eczémas d'autre part.

Les aspects objectifs différents que nous avons esquissés en distinguant ces formes, nous permettent, pour l'étude clinique que nous allons faire, de décrire dans les parakératoses psoriasiformes, les variétés suivantes :

1° Les formes à plaques multiples disséminées. Dans celles-ci nous pouvons distinguer trois sous-variétés :

(1) L. BROCC. *La question des eczémas*, p. 47.

a) Les formes essentiellement sèches;

b) Les formes en apparence sèches qui ont tendance à se vésiculiser, la vésiculation n'étant révélée que par le grattage méthodique ou par l'histologie;

c) Les formes nettement vésiculeuses, suintantes, eczématisées. Les plaques sont moins nombreuses et siègent presque toujours sur les plis cutanés;

2° Les formes sèches, à élément unique ou à éléments rares, occupant soit les régions glabres, soit le cuir chevelu;

3° Les formes à type de pseudo-exanthèmes, ayant l'aspect du pityriasis rosé de Gibert;

4° Les formes aiguës : eczéma érysipélatoïde récidivant et formes allant vers les herpétides malignes exfoliatrices.

Toutes ces formes peuvent se lichénifier, la lichénification étant considérée comme une complication pouvant apparaître sous l'influence de certaines causes dans les variétés précédentes.

Ces divisions, du reste, sont purement schématiques, car les différents aspects objectifs peuvent co-exister, se combiner chez le même sujet, suivant que les lésions siègent sur des surfaces planes, intéressent des plis, occupent des régions traumatisés par les frottements, ou encore qu'elles s'accompagnent de prurit.

CHAPITRE IV

ÉTUDE CLINIQUE DES PARAKÉRATOSES PSORIASIFORMES.—FORMES A PLAQUES MULTIPLES DISSÉMINÉES.

Dans ce premier chapitre, nous allons étudier les formes à plaques multiples disséminées. Elles peuvent occuper les régions glabres ou les régions pileuses, ou simultanément les deux régions.

§ 1. — Parakératoses des régions glabres.

Nous distinguons deux variétés d'éruptions :

1° Une forme caractérisée par des plaques multiples ayant sensiblement les mêmes localisations que le psoriasis.

Les lésions sont ou complètement sèches, ou elles ne sont sèches qu'en apparence : elles ont de la tendance à se vésiculiser, et cette vésiculation ne peut être décélée que par le grattage méthodique et l'histologie.

2° Une forme caractérisée par des plaques moins nombreuses, localisées surtout vers les plis. Elles sont presque toujours humides, elles ont une tendance très grande à s'eczématiser.

1° Formes sèches à plaques multiples disséminées.

Les lésions sont disposées sans ordre sur toute l'étendue des téguments.

D'une manière générale, elles sont caractérisées :

1° Par une disposition en plaques plus ou moins étendues, assez nettement circonscrites; 2° Par une rougeur plus ou moins vive du derme qui est infiltré; 3° Par des squames peu épaisses, peu ou point stratifiées, d'ordinaire assez adhérentes; 4° Les dernières couches ne se décollent pas, par le coup de curette, en larges lambeaux des couches sous-jacentes, de manière à laisser une surface lisse, rouge et luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique, comme dans le psoriasis typique, mais par le grattage progressif, on arrive surtout à provoquer du purpura traumatique et parfois quelques hémorragies punctiformes; 5° Le prurit est assez fréquent, parfois il est très vif.

Au point de vue purement objectif, les parakératoses psoriasiformes sèches, à éléments multiples, disséminées et non compliquées, sont constituées par des taches le plus souvent irrégulières de forme, arrondies, ovalaires ou polycycliques, à limites assez précises, mais dans beaucoup de cas, moins arrêtées, plus floues que celles du psoriasis.

La coloration des taches est variable; elle sont tantôt d'un rouge assez vif, tantôt d'un rouge pâle; l'infiltration des couches superficielles du derme est parfois assez marquée, parfois elle semble à peu près nulle. Les squames qui les recouvrent sont des squames blanches assez adhérentes; par le grattage, elles deviennent nacrées et se détachent, soit par petits lambeaux de grandeur variable, soit au contraire se résolvent en une fine poussière blanche; elles sont peu épaisses, peu ou pas stratifiées; elles n'ont pas l'aspect de la tache de bougie.

Dans un certain nombre de cas, la plaque devient un peu saillante et aboutit à de fines papules rouges, très peu infiltrées, faciles à effacer. On peut dire que la papule est une forme d'exception (obs. VII); la lésion offre une tendance à s'étendre en superficie et non en profondeur. Plus rarement

encore, la lésion affecte une forme difficile à reconnaître et d'ailleurs fort importante : celle d'une papule psoriasiforme. Cette dernière est petite, ronde, bien limitée, saillante, sans rougeur au pourtour, recouverte de squames blanches, brillantes, adhérentes, mais peu épaisses (obs. II). C'est le plus souvent en retrouvant ailleurs des altérations bien caractérisées de parakératose psoriasiforme, qu'on peut affirmer le diagnostic ; le grattage méthodique, dans bien des cas, nous permettra de trancher le problème.

Les formes éruptives que l'on observe couramment sont les parakératoses psoriasiformes à *plaques multiples disséminées*.

Le début de ces lésions se fait d'ordinaire par un petit élément rosé, nullement saillant, sec et légèrement squameux. Parfois même il est tellement effacé de teinte qu'il simule une tache d'un rose un peu jaunâtre au niveau duquel l'épiderme est plissé. Les bords, au début, sont souvent assez mal limités ; la lésion va très rapidement augmenter de volume en s'accroissant par ses bords et va prendre les dimensions d'une lentille, d'une pièce de vingt centimes, d'une pièce de un franc ; en même temps, elle va se recouvrir de squames plus ou moins épaisses, adhérentes ; le derme sous-jacent va légèrement s'infiltrer et la rougeur va apparaître. D'autres éléments semblables se montrent sur les différents points du corps et vont former, souvent par confluence des éléments primitifs, des plaques de formes variables, irrégulières, de la grandeur d'une paume de main, quelquefois beaucoup plus étendues, couvrant alors une grande partie de la superficie du dos, de la poitrine, de la région lombaire, de la région abdominale, occupant le cou, les membres, et en particulier les plis cutanés. Si étendus que soient ces placards, on trouve toujours autour d'eux, comme dans le psoriasis, des éléments plus petits, maculeux, recouverts de squames, quelquefois aussi des éléments franchement circonscrits, trichophytoïdes.

Parfois, au contraire, la parakératose psoriasiforme débute d'emblée par de petits éléments minuscules, de la grosseur d'une tête d'épingle, arrondis, d'un rouge rosé fort net, simulant au premier abord des éléments minuscules d'eczéma papulo-vésiculeux, mais n'ayant pas, à leur centre, de vésicule nette, reposant sur une base moins congestive et moins urticarienne, offrant, au contraire, une squame plus ou moins croûteuse qui peut être invisible au premier abord et que le grattage rend évidente.

Ces éléments sont parfois nettement péripilaires, parfois au contraire nettement non péripilaires. Dans quelques cas, un certain nombre d'entre eux peuvent porter à leur sommet un tout petit soulèvement de l'épiderme par de la sérosité purulente, et ils ressemblent alors à la lésion élémentaire de l'éruption papulo-pustuleuse récidivante de la face : après rupturé de cette pustulette miliaire, tout évolue comme si cette phase pustuleuse n'avait pas existé. (Brocq.)

Les lésions du début peuvent aussi ressembler à des vésicules séchées ayant un centre squameux, jaune blanchâtre, une périphérie rosée de la grosseur d'une tête d'épingle ; disséminées d'abord, elles peuvent par multiplication devenir cohérentes et former alors des nappes d'un rouge-jaunâtre, squameuses, plus ou moins étendues, variable de dimensions et de configurations, entièrement diverses suivant les cas et suivant les localisations. A la nuque, les éléments seront presque toujours allongés, parallèlement à la bordure des cheveux ; au cou, il existe presque toujours de larges éléments qui descendent sur les parties latérales jusqu'à la clavicule ; sur les oreilles, les lésions occupent la conque, le conduit auditif, le sillon de l'hélix, la fossette de l'anthelix, occupent simultanément le cuir chevelu et les sillons rétro-auriculaires : la parakératose, au niveau de ces sillons, étant disposée longitudinalement dans le fond même du pli et dans son sens ; dans le pli, la lésion reste rarement sèche, presque toujours elle est suintante et vésiculisée.

Les lésions du dos et de la poitrine sont le plus souvent disposées sans ordre aucun, sauf toutefois chez la femme où elles occupent avec prédilection la région inter mammaire et les plis sous-mammaires. Aux aisselles, les lésions affectent, comme dans les plis, une disposition particulière : les placards sont ordinairement symétriques et occupent le fond de l'aisselle, gagnent en tache d'huile la face postérieure du bras et de la poitrine, et forment ainsi deux larges plaques en demi-circonférences s'adaptant exactement l'une sur l'autre. Ces lésions peuvent rester sèches, plus souvent elles suintent et se vésiculisent.

Très fréquemment sur l'abdomen, à côté de plaques disposées sans ordre, il est fréquent de voir, comme dans le psoriasis, un placard siégeant sur l'ombilic et la région péri-ombilicale, de forme arrondie, très régulière. Sur les membres supérieurs, les lésions peuvent être également disposées sans ordre, mais elles occupent avec prédilection la région olécrânienne et le pli du coude, la face antérieure de l'avant-bras et le poignet ; nous verrons plus loin qu'elles peuvent également siéger sur la paume des mains, formant alors parfois des lésions symétriques.

Les lésions des aines et de la face interne des cuisses sont extrêmement fréquentes et forment des plaques d'un rouge plus ou moins vif, très souvent suintantes, en particulier chez la femme, allongées dans le sens des plis avec un peu d'infiltration des téguments et parfois de la lichénification.

Sur les membres inférieurs, ce sont également de larges plaques, occupant les cuisses à leur face antérieure et postérieure, le losange poplité, la face antérieure de la jambe et le mollet.

Nous ferons immédiatement cette remarque que, chez les sujets porteurs de varices et à système veineux fragile, les parakératoses psoriasiformes siégeant sur les membres infé-

rieurs, prennent une coloration rouge intense, lie de vin, purpurique. Bien plus souvent, ce sont des plaques jaunâtres ou d'un rouge bistre, entourées d'un piqueté de points purpuriques prouvant que la lésion est en évolution. Sur cette surface, il y a des squames, ce qui montre qu'il ne s'agit pas d'une simple lésion de purpura. Après disparition des lésions squameuses, il persiste une coloration de plaques jaunâtres, par pigmentation de la peau, taches indélébiles que l'on observe très fréquemment et dont la pathogénie, si l'on ne connaissait ces faits, resterait obscure.

Ainsi donc, dans ces formes sèches, nous trouvons des lésions multiples, en placards plus ou moins larges, disséminées sans ordre, quelquefois au contraire ayant tendance à une symétrie relative.

Ces formes ont la configuration, les dimensions, les localisations du psoriasis vrai; entre elles et le psoriasis, il existe une série insensible de faits de passage dont nous n'avons pas à nous occuper maintenant.

En explorant par le grattage méthodique les lésions cutanées, nous pouvons montrer en quoi une parakératose sèche typique diffère d'une lésion de psoriasis vrai.

Voici ce que nous observons. Avec la curette, on enlève progressivement des squames sèches qui deviennent plus nacrées par le grattage, mais elles sont moins stratifiées, moins abondantes que dans le psoriasis; elles ne prennent pas avec la même netteté l'aspect de la tache de bougie. Quand on les a enlevées, on ne peut arriver à décoller par lambeaux une dernière pellicule, comme dans le psoriasis: on érafle bien çà et là la surface rouge sur laquelle on est arrivé, mais on ne soulève que de très minuscule fragments pelliculaires: on ne produit pas de décollement qui laisse à nu une surface rouge, lisse et luisante, comme dans le psoriasis. Si l'on insiste avec la curette, on détermine bien par pla-

cés l'apparition d'un petit écoulement hémorragique par déchirure des sommets des papilles, mais par contre on provoque, avec beaucoup plus de facilité que dans le psoriasis, l'apparition d'un fin purpura traumatique, qui ne s'efface pas par la pression et qui ne donne pas de tache sanglante sur le papier à cigarettes que l'on applique sur la surface grattée; il est presque toujours nécessaire de procéder à cette petite expérience, car, au premier abord, l'apparition de nombreux points rouges, formant un piqueté parfois assez serré, peut faire croire à l'existence de petites hémorragies; mais l'application d'une feuille de papier ou d'un linge blanc sur cette surface remet les choses au point, et montre que la grande majorité des points rouges n'est constituée que par du piqueté purpurique.

Donc, absence d'une dernière pellicule se décollant par lambeaux, beaucoup de purpura traumatique mélangé à quelques hémorragies, *telles sont les caractéristiques fournies par le grattage méthodique de ce type morbide.*

De plus, nous avons vu que les lésions du psoriasis sont essentiellement régulières, homogènes dans chaque plan parallèle à la surface : plans que la curette peut isoler successivement et sur la surface desquels les lésions sont toutes du même type; lorsqu'en effet on arrive sur le corps muqueux, il ne reste plus de squames; lorsque le purpura se produit, il apparaît en même temps sous forme de points égaux et régulièrement distribués; l'hémorragie seconde ou première présente les mêmes caractères car, en même temps, toutes les papilles sont ouvertes. Sur une coupe, en effet, la ligne de séparation du stratum corneum et du corps muqueux est une droite; la ligne dermo-épidermique est une ligne festonnée régulière, car :

1° La hauteur du corps muqueux en regard des papilles est diminuée, mais elle a la même valeur sur toute la surface de la lésion;

2° Les bourgeons interpapillaires sont de même volume ;

3° Les papilles sont également de même volume et régulièrement distribuées.

Au contraire, l'histologie nous montrera que les lésions des parakératoses sont composées de lésions parcellaires, groupées dans un même élément où elles sont plus ou moins irrégulièrement distribuées.

C'est artificiellement que la curette isole des plans successifs, car il n'existe pas, comme dans le psoriasis, de véritables plans de clivage (Lutembacher) ; dans chacun de ces plans hétérogènes, on trouve sur la même surface, à côté d'un îlot de squames, un îlot de corps muqueux, un îlot de papilles ouvertes. Sur la coupe, en effet, la ligne de séparation du stratum corneum et du corps muqueux, est une courbe irrégulière (on ne peut pas isoler de pellicule décollable) ; de plus, dans ce stratum corneum, on trouve des îlots de parakératose et des îlots de cellules cornées normales, ce qui constitue des squames mixtes. La ligne dermo-épidermique est un feston irrégulier et capricieux, car :

1° La hauteur du corps muqueux en regard des papilles a des valeurs très différentes suivant le point considéré : très aminci en certains points comme dans le psoriasis adulte, moins aminci en d'autres points comme dans le psoriasis jeune, égal à la normale ou plus grand que la normale en d'autres points encore.

2° Les bourgeons interpapillaires sont très inégaux de volume, d'où la distribution irrégulière des papilles intercalaires.

3° Les papilles sont, elles aussi, de volume très variable.

Le grattage méthodique nous montrera donc que les premiers coups de curette détachent des squames plus ou moins abondantes, plus ou moins adhérentes suivant les points, que ces squames sont hétérogènes, mixtes, formées de cellules cornées et de cellules parakératosiques, qu'elles sont

sèches dans cette forme : il n'y a ni suintement, ni exosérose. Elles sont d'un blanc jaunâtre, d'autant plus blanches que les îlots de parakératose sont abondants et se rapprochent alors des squames de psoriasis, d'autant plus jaunâtres que les îlots de squames cornées dominent.

Après que les squames sont tombées, les résultats fournis par le grattage méthodique sont très différents suivant les points considérés, car on gratte une série de lésions parcelaires, véritable complexe de petites lésions élémentaires réunies côte à côte dans une même lésion élémentaire. Le

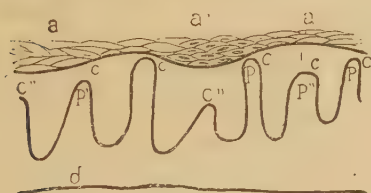


FIG. 1

Élément de parakératose sèche avant le grattage. Le stratum corneum est séparé du corps muqueux par une ligne courbe. La ligne dermo-épidermique forme un feston irrégulier (Lutembacher). En a, cellules cornées normales; en a' cellules parakératosiques. En c, corps muqueux dont la hauteur est très inégale. En P' papilles très irrégulières, d = derme.

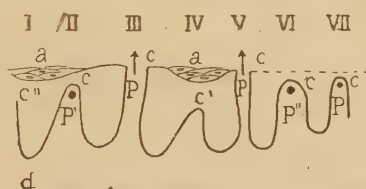


FIG. 2

Élément de parakératose gratté.

- I. — Ilot de squames cornées normales en a.
- II. — Les squames sont tombées, en c, point de purpura.
- III. — V. Hémorragies.
- IV. — Ilot de squames parakératosiques.
- VI. — Gros point de purpura.
- VII. — Petit point de purpura.

corps muqueux ayant une hauteur différente, l'apparition du purpura traumatique premier sera essentiellement variable suivant la hauteur des papilles, et suivant leur volume, et tandis qu'en un point, avec quelques coups de curette, on aura purpura et hémorragie consécutive presque immédiate, imperceptible en raison du volume de la papille, à côté ce n'est que plus tard qu'apparaîtront le purpura et l'hémorragie seconde, et ailleurs plus tardivement encore, ce qui fait que la caractéristique du grattage n'est pas seulement la facilité.

avec laquelle se produit le purpura traumatique, mais encore l'irrégularité des points purpuriques et des hémorragies, irrégularité de grosseur et de distribution.

2° Formes en apparence sèches ayant tendance à la vésiculation

L'aspect objectif de ces dermatoses est essentiellement le même que dans les formes que nous venons de décrire. Un examen superficiel ferait porter le diagnostic de parathératoses psoriasiformes sèches, car il n'y a ni suintement apparent, ni vésiculation perceptible à la vue.

Si nous pratiquons, sur une de ces lésions, le grattage méthodique, voici ce que nous constatons :

Quand on gratte méthodiquement la surface squameuse alors qu'elle semble être encore parfaitement sèche, on trouve à peu près les mêmes caractères que dans les formes précédentes : on finit, après avoir enlevé les squames, par mettre à nu une surface d'un rouge vif ou simplement rosée, assez irrégulière, pouvant présenter çà et là quelques fines hémorragies, quelques points de purpura minuscules ; mais on y remarque surtout, caractère pathognomonique, quand on la regarde avec attention, de petites dépressions cupuliformes, arrondies ou ovalaires, de la grosseur moyenne d'une tête d'aiguille, au niveau desquelles sourd plus ou moins lentement un peu de sérosité transparente ou sanguinolente. Ce sont de fines vésicules qui, lorsque l'épiderme corné est intact, sont à l'état latent, non perceptibles sous les squames : le grattage méthodique les ouvre et en révèle ainsi l'existence.

L'histologie nous montrera, mêlées aux lésions de parakératoses, des vésicules plus ou moins grosses, plus ou moins profondément situées qui peuvent se rencontrer d'ailleurs à côté d'îlots d'œdème intracellulaire en nappe.

Si nous voulons schématiser les résultats du grattage dans les parakératoses psoriasiformes ayant tendance à la vésiculation, voici la chronologie des faits que l'on observe :

Les premiers coups de curette enlèvent des squames, qui sont plus ou moins humides suivant la quantité de sérosité qui s'échappe des vésicules qui viennent s'ouvrir à la surface.

On arrive rapidement sur le corps muqueux qui renferme les vésicules et mouille le papier de soie en formant des taches caractéristiques de volume variable. Mais, en même temps, la lésion de parakératose se révèle et, suivant la va-

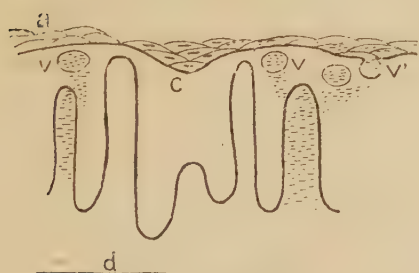


FIG. 3

Parakératose psoriasiforme eczématisée avant le grattage. V. vésicules histologiques. (Lutembacher.)

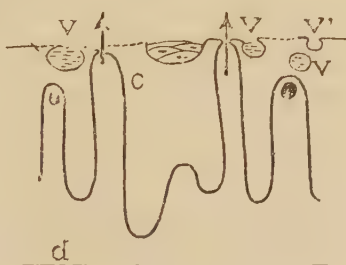


FIG. 4.

Parakératose eczématisée après le grattage. Points irréguliers de purpura et d'hémorragie avec coexistence d'îlots de squames. V. vésicules histologiques ouvertes.

riété, apparaîtront sur la surface, soit des points de purpura et d'hémorragie et secondairement des points exosérotiques, indice certain que des vésicules sont ouvertes, soit d'abord des points exosérotiques si les vésicules sont superficielles et secondairement soit de l'hémorragie première et du purpura second, soit du purpura premier et de l'hémorragie seconde.

Le grattage méthodique permet donc de distinguer les parakératoses sèches des parakératoses en apparence sèches, mais ayant tendance à se vésiculiser, diagnostic de la

plus haute importance, comme nous le verrons, au point de vue du pronostic et du traitement.

Lorsqu'on est en présence d'une lésion parakératosique en apparence sèche, il est de toute nécessité de pratiquer le grattage sur plusieurs éléments de la dermatose, car il est extrêmement fréquent de trouver, à côté d'éléments que le grattage révèle comme absolument secs, des éléments ayant tendance à se vésiculiser, d'autres franchement vésiculeux et cela suivant que les lésions sont prurigineuses, suivant qu'elles sont sujettes à des traumatismes, suivant qu'elles occupent des surfaces planes, ou qu'elles occupent des plis.

Ce que l'on observe le plus souvent en clinique, ce sont ces cas mixtes et nous en rapportons plusieurs observations absolument typiques (obs. V, VI, VIII).

3° Parakératoses psoriasiformes à plaques moins nombreuses localisées surtout au niveau des plis. Formes humides (Eczéma séborrhéique vrai).

Un des caractères majeurs des parakératoses psoriasiformes, c'est la facilité avec laquelle elles se vésiculisent. Soit spontanément, soit sous l'influence de la moindre irritation et surtout en certains points comme les plis, ces dermatoses rougissent, prennent un aspect inflammatoire ; les squames disparaissent, la surface se recouvre de fines vésicules qui sèchent en formant de petites croûtelles punctiformes ou qui s'ouvrent en donnant lieu à un suintement séreux, qui poisse aux doigts et qui empêche le linge. « En un mot, dit M. Brocq, c'est une éruption analogue à celle d'un eczéma vésiculeux vrai qui semble se surajouter à l'affection primitive ; la parakératose s'est eczématisée. Ce sont là des faits qui seraient vraiment dignes du nom d'eczéma séborrhéique, si ce mot n'avait reçu une extension vraiment abusive. (1) ».

(1) L. BROCCQ. *Traité de Dermatologie*, p. 374.

Cette eczématisation, venant se greffer sur une dermatose rouge et squameuse, a été la pierre d'achoppement pour la classification des faits. Ne se basant que sur la fréquence de la vésiculation, la plupart des dermatologistes ont rangé, comme nous l'avons vu, ces faits dans l'eczéma, tandis que d'autres dermatologistes, ne regardant l'eczématisation que comme une complication, ont rangé ces dermatoses rouges et squameuses dans le psoriasis. Ce sont ces lésions qui ont été décrites par M. Tenneson, sous le nom de Psoriasis eczémateux.

De même que nous ne pouvons ranger les formes sèches dans le psoriasis, de même nous ne pouvons ranger les parakératoses humides, suintantes, eczématisées, dans l'eczéma, car nous donnons au mot eczéma un sens restreint.

Avec M. Audry, admettrons-nous que l'eczématisation ne doit être considérée que « comme un épiphénomène d'importance secondaire survenu au cours de la dermatose que nous étudions, ainsi qu'elle peut vraisemblablement se produire à la surface de bon nombre de lésions superficielles de nature complètement différente ? » La chose est possible, mais nous pensons cependant que la vésiculation des parakératoses psoriasiformes doit être considérée comme un mode évolutif des lésions élémentaires, car cette complication est tellement fréquente, elle semble, dans la majorité des cas, être tellement liée à l'évolution même de la parakératose psoriasiforme, que l'on est invinciblement conduit à se demander si la vésiculation ne fait pas ici partie intégrante de la maladie et ne complète pas le type morbide.

C'est pourquoi M. Darier croit ces éruptions proches parentes des eczémas, parce qu'on observe en clinique des passages insensibles des uns aux autres et parce que, histologiquement, leurs lésions sont semblables au degré près. Nous reconnaissons en effet que ces formes, que nous allons étudier, établissent des séries de faits de passage, au point de vue objectif, vers les eczémas vésiculeux vrais.

Ces formes morbides sont caractérisés : 1° par leur siège de prédilection au niveau des grands plis articulaires, aînes, pli interfessier, creux axillaire, plis rétro-auriculaires, conque de l'oreille, plis des paupières, plis mammaires ; 2° par ce fait majeur que l'éruption se moule sur le pli cutané et affecte par la suite une forme essentiellement longitudinale ; 3° par sa teinte d'un rouge spécial ; 4° par la présence visible à sa surface, de vésicules qui suintent plus ou moins abondamment ; 5° par la possibilité de déceler, par le grattage méthodique progressif à la surface, des lésions qui, au contraire, paraissent avésiculeuses, de petits puits arrondis ou ovalaires, un peu suintants d'aspect, assez souvent hémorragiques, qui semblent correspondre à des vésicules histologiques ; 6° par le prurit qui est pour ainsi dire constant.

Tous les grands plis articulaires sont dès lieux d'élection pour le développement des parakératoses : citons le pli interfessier et le pourtour de l'anus, les plis inguinaux, les régions voisines du scrotum, la partie inférieure de la racine de la verge, le sillon balano-préputial, les creux axillaires, les sillons interdigitaux, surtout aux pieds, les creux poplités et le pli du coude. Ces affections y revêtent toujours le même aspect, avec des différences tenant au degré d'intensité du processus morbide. A cause de la macération qui s'opère dans ces régions, il est rare de voir des lésions nettement squameuses. Le plus souvent, les téguments sont d'un rouge plus ou moins vif, tirent un peu parfois sur le rouge jaunâtre. Les lésions se moulent sur les plis cutanés, se circonscrivent exactement aux zones des téguments qui sont au contact l'une de l'autre : dans la majorité des cas, elles s'eczématisent, soit d'une manière presque continue, soit par crises séparées par des intervalles de torpidité ; les poussées aiguës avec inflammation, rougeur, tuméfaction, production de vésicules et suintement se produisent sous

l'influence des moindres causes occasionnelles, marche prolongée, écart de régime, choc nerveux, etc.

A la face, les parakératoses humides occupant les oreilles, en particulier le sillon retro-auriculaire sont extrêmement fréquentes : elles coïncident presque toujours, comme nous le verrons, avec des lésions du cuir chevelu.

La région des sourcils est fréquemment intéressée ; aux paupières, la maladie occupe presque toujours leur bord ciliaire, un peu moins souvent le pli des deux paupières, surtout le pli de la paupière supérieure et le grand angle de l'œil. Elle y est tenace et est sujette à des poussées inflammatoires parfois très violentes, sous l'influence des moindres causes d'irritation.

Parmi les autres régions de la face qui sont fréquemment atteintes, signalons le sillon naso-génien et le pourtour des narines ; c'est la localisation par excellence du pityriasis stéatoïde de M. Sabouraud ; d'après cet auteur, il y est sur-séborrhéique et parfois eczématisé.

Devons-nous admettre, alors que dans d'autres régions qui ne sont pas le lieu d'élection de la séborrhée il existe des lésions typiques de parakératoses psoriasiformes, que sur les sillons naso-géniens et au pourtour des narines il s'agit d'une affection différente ? Nous ne le pensons pas.

La séborrhée, plus intense en certains points du corps, y crée des loci minoris resistentiæ, d'où point d'appel pour d'autres lésions qui s'y développent de préférence.

Les lésions sont modifiées par l'état particulier de la peau qui est séborrhéique, par les irritations causées par les sécrétions cutanées, par les parasites de toute nature qui pullulent sur ce terrain admirablement préparé pour leur évolution, et qui peuvent commander la circonscription de la lésion (bords marginés et circonés). Il y a donc, en somme, grâce à toutes ces circonstances, production d'une lésion à physionomie spéciale : c'est une parakératose eczématisée

sur terrain séborrhéique, le véritable eczéma séborrhéique.

Est-ce à dire que la lésion primitive est ici un eczéma véritable ? Il est évident et d'observation courante que le psoriasis développé chez des sujets séborrhéiques prend, lui aussi, une physionomie particulière. Son aspect est modifié et il prend par la suite un faux air d'eczéma et pourrait être confondu avec cette dermatose. Le même raisonnement s'applique à beaucoup d'affections cutanées, au pityriasis rosé de Gibert, aux syphilides, etc.

M. Darier a désigné, sous le nom de kérose, un état morbide chronique de la peau, caractérisé cliniquement par une coloration jaune sale de la peau, par une accentuation des pores pilo-sébacées, par un léger épaissement des téguments. Les lésions anatomiques sont : une légère hypertrophie diffuse de la couche cornée, avec tendance à la desquamation fine, et une modification, de nature inconnue, de sa teneur en graisse; une hyperkératose des orifices pilo-sébacés. « Peu importante par elle-même, la kérose tire son intérêt pour le clinicien, du fait qu'elle constitue le substratum habituel de plusieurs affections cutanées des plus fréquentes. Tels sont certains pityriasis, la séborrhée, certaines alopecies, l'hyperidrose huileuse, des acnés, beaucoup d'eczématides ».

Ces éruptions ont donc leur siège de prédilection dans les plis articulaires et dans les sillons. Ce sont des formes humides, la vésiculation peut être légère, plus souvent elle est extrêmement marquée et s'accompagne d'un suintement abondant. Elles peuvent occuper simultanément plusieurs grands plis articulaires et siéger à la face ; il est extrêmement fréquent de trouver des lésions symétriques.

Le grattage méthodique dans ces formes, montre que de la superficie à la profondeur, les squames, le corps muqueux, le derme, sont infiltrés par de la sérosité et simultanément, par les premiers coups de curette, on observe du purpura, de l'hémorragie et de l'exosérose en nappe.

Toutes ces formes morbides s'accompagnent d'un prurit, le plus souvent léger, mais qui, dans certains cas, est violent, particulièrement chez les névropathes et les intoxiqués. Aussi il est extrêmement fréquent de voir survenir sur ces lésions de la lichénification.

Les parakératoses psoriasiformes, pour peu que les lésions soient anciennes, sont essentiellement des affections ayant tendance à se lichénifier. La lichénification, pourrions-nous dire, est de règle, si l'éruption siège en quelques lieux d'élection et si le prurit est intense, et aussi bien dans les formes sèches que dans les formes ayant tendance à se vésiculiser ou eczématisées.

Les parakératoses qui siègent au niveau du cou, à la face, aux plis de flexion, surtout dans les formes sèches, aux membres, sur la face interne des cuisses particulièrement, se lichénifient avec la plus grande facilité et avec la plus grande rapidité. Il est rare de voir une forme prurigineuse à éléments multiples n'ayant pas, en ces lieux d'élection, des lésions franchement lichénifiées ou ayant tendance à se lichénifier.

Le derme s'épaissit, s'infiltré, et lorsque les squames sont détachées, on voit qu'il est sillonné de quadrillages irréguliers, caractère pathognomonique de la lichénification. Quand l'affection a subi cette modification, elle est infiniment plus tenace et rebelle au traitement.

L'aspect objectif est caractéristique; dans ces formes, le derme est épaissi et, si l'on pince la peau, on voit qu'elle forme un bourrelet dur, plus ou moins saillant. A l'examen de la lésion, on constate un piqueté de petits points brillants aux incidences de lumière. La lichénification peut rester uniquement localisée au niveau des plaques; parfois, elle n'intéresse qu'une partie, et c'est alors qu'à la périphérie de l'élément, on peut voir des lésions typiques de parakératose qui permettront seules de porter un diagnostic précis.

Grattage méthodique. — Les premiers coups de curette font tomber les squames et usent le corps muqueux épaissi. Le stade latent, c'est-à-dire le temps qui s'écoule entre le moment où les dernières squames sont tombées et l'apparition des premiers phénomènes, est considérablement augmenté; il faut parfois donner 80, 100 et même 150 coups de curette avant la production du purpura. Le stade latent est d'autant plus long que la lichénification est plus grande. Lorsqu'apparaissent les premiers points de purpura, le grat-

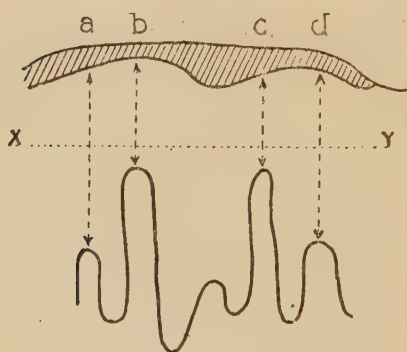


FIG. 5.

Lichénification sur parakératose avant le grattage (Lutembacher) X Y. Hauteur de la lichénification; le grattage se trouve ramené au cas d'une parakératose normale.

tage se trouve ramené au cas d'une parakératose sèche ou ayant tendance à se vésiculiser; au point de vue morphologique, la parakératose, à partir de ce moment, garde ses caractères: les points purpuriques et hémorragiques sont inégaux et irrégulièrement distribués comme les papilles elles-mêmes dont elles traduisent la forme.

La lichénification est d'observation courante dans les parakératoses psoriasiformes: elle peut être extrêmement marquée ou au contraire à peine ébauchée. Chez les sujets prédisposés, elle peut ne pas être uniquement localisée au niveau des lésions; elle peut s'étendre au niveau des parties environnantes primitivement saines (obs. VII).

§ 2. — Parakératoses à plaques multiples occupant les régions pileuses.

Les parakératoses psoriasiformes des régions pileuses sont d'une grande fréquence, particulièrement au cuir chevelu.

L'attention n'est attirée tout d'abord que par des sensations vagues et intermittentes de prurit, lesquelles peuvent manquer, mais qui prennent par contre, dans certains cas, une intensité considérable. On ne voit, à un examen superficiel, que des squames grisâtres ou un peu jaunâtres, petites, en couches assez minces, plus rarement stratifiées, en tout cas toujours moins stratifiées que dans le psoriasis; elles sont disposées par plaques assez nettement délimitées : en les grattant, on s'aperçoit que le cuir chevelu sous-jacent est grisâtre ou gris-rougeâtre ; à mesure que le processus prend de l'intensité, la rougeur du derme s'accroît, elle est tout à fait évidente vers les bordures du cuir chevelu, en particulier au front où l'affection tend toujours à dépasser de quelques millimètres, parfois même d'un centimètre, les limites d'implantation des cheveux, en formant un ruban sinueux à convexité dirigée vers le front, plus ou moins étendu, occupant dans quelques cas rares tout le pourtour du cuir chevelu. Nous devons immédiatement distinguer ces lésions de faits qui, par leur localisation, pourraient prêter à confusion : nous ne voulons nullement parler de cette affection, que l'on a décrite sous le nom de *corona seborrhoïca* et que M. Sabouraud désigne sous le nom de *pityriasis stéatoïde à festons*, affection qui, par ses caractères objectifs, ses circinations et l'aspect grasseyé des squames, est l'égale de la dermatose figurée médio-thoracique, que nous avons classée nettement à part et que nous avons considérée comme une entité morbide vraie.

Les parakératoses sèches sont au contraire caractérisées

par des squames épaisses, le plus souvent extrêmement adhérentes et qui ressemblent beaucoup à des squames de psoriasis; les lésions ne sont pas franchement circonscrites et la rougeur sous-jacente du cuir chevelu est beaucoup moins intense que dans les formes précédentes. Nous ajouterons que les placards sont nettement localisés; le plus souvent, ils occupent à la fois le cuir chevelu et les régions glabres environnantes. La même tendance à déborder hors des limites du cuir chevelu existe aussi en arrière des oreilles, où il n'est pas rare de trouver une fine bordure d'un rouge jaunâtre squameux d'où l'affection envahit fréquemment le sillon rétro-auriculaire.

Un caractère qui distingue encore ces faits, c'est que les parakératoses psoriasiformes du cuir chevelu sont extrêmement prurigineuses. Chez les névropathes et les intoxiqués, il n'est pas rare d'observer, en certains points assez limités et qui sont surtout situés en arrière des oreilles, vers la nuque, des sortes de foyers de démangeaisons répondant à ces parakératoses. Les malades s'y grattent incessamment, lichénifient le cuir chevelu et transforment la maladie première en une plaque épaisse, infiltrée, couverte de squames fort adhérentes, parfois excoriée par places et extraordinairement rebelle. Nous étudierons plus loin cette forme avec plus de détails.

Les cheveux de ces zones squameuses perdent de leur vitalité et, tant par traumatisme répété que par mauvaise nutrition, deviennent cassants et l'on peut observer quelquefois des alopecies incomplètes en bande ou en plaques secondaires à ces lésions cutanées (obs. XI), quoique, en général, ces lésions ne soient alopeciantes.

Ces formes sèches sont de beaucoup les plus communes au cuir chevelu, mais on y observe aussi des formes eczématisées.

Les lésions de la barbe sont rares; elles y sont en tout cas beaucoup moins accentuées qu'au cuir chevelu.

Toutes les fois que le cuir chevelu est atteint, nous pouvons poser comme règle que les sillons rétro-auriculaires sont envahis. Même si les lésions des régions pileuses restent absolument sèches, les parakératoses qui occupent les oreilles et particulièrement celles du sillon rétro-auriculaire ont une tendance des plus marquées à se vésiculiser.

CHAPITRE V

PARAKÉRATOSES PSORIASIFORMES A PLAQUE UNIQUE OU A ÉLÉMENTS FORT RARES.

§ 1. — Régions glabres.

Ces formes sont caractérisées : 1° par leur siège, soit au niveau d'un pli cutané, soit autour de l'anus, soit même sur la surface d'extension d'un membre ; 2° par ce fait qu'il n'y a parfois qu'une ou deux plaques éruptives, mais qu'elles peuvent avoir de 10 à 20 centimètres de diamètre et plus ; 3° par une teinte bistre ou rouge jaunâtre assez particulière du derme qui est lichénifié ou même infiltré ; 4° par un aspect d'eczéma vésiculeux nummulaire géant, lorsque la lésion est suintante ; 5° par un prurit qui est d'ordinaire intense. *Cette forme établit, au point de vue objectif des séries de faits de passage entre les psoriasis et les lichens simplex d'une part, et d'autre part les eczémas nummulaires vrais.*

1° *Formes sèches.* — Les placards éruptifs siègent surtout au niveau du cou, aux plis de flexion, aux membres, et particulièrement dans la région olécrânienne, à la face externe de l'avant-bras, aux paumes des mains, à la face interne de la cuisse, aux plantes des pieds. La lésion peut-être unique, ou il peut exister des lésions symétriques. Les placards, de grandeur variable, ont des bords parfaitement limités et ont une coloration rouge assez pâle, ou bistre assez caractéristique ; ils sont peu squameux et souvent fort prurigineux.

Nous distinguons nettement ces lésions, lorsqu'elles siègent au niveau du pli de l'aîne et à la face interne des cuisses, lorsqu'elles siègent aux aisselles et dans les plis sous mammaires, des faits décrits par Hebra sous le nom d'eczéma marginatum. M. Sabouraud a montré que cette affection est une entité morbide vraie due à un parasite spécial, l'*épi-dermophyton inguinale*. Or, les cultures des squames parakératosiques ne nous ont jamais montré la présence de ce parasite.

Aux paumes des mains et aux plantes des pieds, on observe parfois des éruptions rouges, squameuses, disposées en plaques assez nettement limitées, plus ou moins prurigineuses et que l'on doit, dit M. Brocq, rattacher aux parakératoses psoriasiformes, parce qu'elles coïncident souvent avec d'autres manifestations typiques de cette forme morbide en d'autres points du corps. Les kératodermies plantaires et palmaires symptomatiques des parakératoses psoriasiformes existent donc : elles sont d'ordinaire symétriques.

Il en est de même pour les ongles. « Nous estimons qu'il est impossible de décrire une lésion unguéale suffisamment définie pour être considérée comme pathognomonique des parakératoses psoriasiformes, mais on observe parfois des dyskératoses sous-unguéales chez des sujets atteints de ces affections, et nous pensons qu'elles peuvent envahir la matrice unguéale ».

Ce qui caractérise ces parakératoses psoriasiformes sèches à plaque unique ou à éléments rares, c'est la facilité avec laquelle elles se lichénifient. La lichénification, pourrions-nous dire est presque de règle.

Nous avons dit, en étudiant les formes à éléments multiples, que la lichénification en était une complication fréquente.

Dans une éruption généralisée, une ou deux plaques se lichénifient ; il s'agit en somme d'une complication de peu

d'importance, car, par une médication appropriée, la lésion disparaîtra avec une rapidité relative. Il n'en est pas de même dans les formes à plaque unique, car la lichénification fait, en quelque sorte, partie de la dermatose et est extrêmement rebelle.

Lorsqu'on se trouve en présence d'un placard unique lichénifié, le diagnostic présente les plus grandes difficultés. S'agit-il d'un lichen simplex, c'est-à-dire d'une lichénification se faisant d'emblée sur peau saine, constituant alors toute la lésion cutanée? S'agit-il d'une lichénification se faisant sur une éruption antérieure, sur fond de parakératose psoriasiforme?

Lorsqu'il n'existe pas en d'autres points du corps de lésions nettes de parakératoses, on en est réduit souvent à faire des hypothèses.

Cependant, le prurit circonscrit pur avec lichénification se distingue par une teinte d'un jaune rougeâtre parfois assez caractéristique, par des squames plus stratifiées, plus micacées, plus adhérentes.

Le grattage méthodique, de son côté, pourra préciser le diagnostic; dans le lichen simplex en effet, le piqueté purpurique et hémorragique a une intensité égale en chaque point et une distribution régulière, car les papilles sont régulières.

Nous ne pouvons fonder sur ce signe une différenciation des deux affections, et nous pouvons conclure que les deux formes cliniques sont en réalité très voisines, et on pourrait à la rigueur les comprendre comme étant des parakératoses surajoutées à un prurit circonscrit avec lichénification, ou bien encore comme étant un prurit circonscrit avec lichénification développé sur un locus minoris resistentiæ des téguments créés par une parakératose antérieure, suivant que la parakératose a été l'affection primitive ou qu'elle s'est développée sur un prurit antérieur.

2° *Formes humides*. — Ces formes objectives ont les mêmes localisations que les formes sèches que nous venons d'étudier. Comme celles-ci, elles peuvent être constituées par un placard unique, plus souvent peut-être elles sont exactement symétriques, et occupent, par exemple, les plis rétro-auriculaires, les aisselles, les aines, etc.,

La lésion offre, au premier abord, l'aspect d'un vaste eczéma nummulaire, prurigineux, suintant, recouvert de croûtes, de traces de grattages ; les téguments sont épaissis à son niveau ; parfois la lésion ressemble à une plaque géante de tricophytie cutanée « Quand on examine de fort près cette lésion, dit M. Brocq, il est parfois possible de constater vers les bordures des squames un peu nacrées, reposant sur un derme d'un rouge psoriasiforme. Elle résiste à toutes les médications ordinaires de l'eczéma vrai : les poussées inflammatoires et vésiculeuses ne cessent de se produire à son niveau avec une désespérante tenacité. Si l'on attaque par des pommades à base de goudron, d'ichtyol, d'acide pyrogallique, de soufre, de camphre, que l'on applique pendant des laps de temps variables suivant la tolérance des tissus, on voit tout se modifier avec rapidité. L'eczématisation disparaît, et l'on se trouve en présence d'une plaque rouge, squameuse, infiltrée, ayant l'aspect typique des parakératoses psoriasiformes (1). »

Peut-être ces lésions ne sont-elles que des infections streptococciques greffées sur une dermatose antérieure, comme semblent l'indiquer les travaux récents de M. Sabouraud et de ses élèves. Des recherches nouvelles sont encore nécessaires pour préciser cette pathogénie.

§ 2. — **Parakératoses psoriasiformes à plaque unique localisée au cuir chevelu.**

Cette localisation au cuir chevelu est importante à connaître.

(1) L. BROCCQ, *Traité de dermatologie*, p. 375.

tre, car on se trouve en présence d'un seul placard lichénifié et bien souvent, la dermatose qui a engendré la lichénification est méconnue. Ces formes anormales ont été étudiées par MM. Brocq et Pautrier (1).

Elles se développent presque toujours sur un fond antérieur de pityriasis simplex ou bien plus fréquemment de parakératose sèche. Elles siègent surtout vers la nuque, en arrière des oreilles, vers les tempes, vers le front, plus rarement sur un autre point du cuir chevelu.

Elles se caractérisent objectivement par un épaissement plus ou moins notable du cuir chevelu, que l'on a une certaine peine à plisser et dont le pli, quand on le pince, est plus épais que celui du cuir chevelu normal voisin.

Les téguments sont d'une rougeur plus ou moins bistre, comme chagrinés; ils sont presque toujours recouverts de squames fines, extrêmement adhérentes, parfaitement sèches. Les cheveux semblent d'ordinaire être normaux: cependant, dans quelques cas, ils semblent plus clairsemés; plus rarement, ils sont usés par le grattage et, on peut voir des zones d'alopécies.

Ces formes anormales de lichénification sont souvent d'un diagnostic difficile, car elles ne présentent pas un aspect typique. Il faut vraiment y songer, car ce diagnostic est d'une réelle importance au point de vue pratique: une parakératose psoriasiforme avec lichénification offre au traitement local une résistance bien autrement considérable qu'une parakératose pure. C'est même dans la co-existence de la lichénification qu'il faut trouver l'explication de la ténacité de certaines de ces dermatoses du cuir chevelu qui semblent défier les médications topiques les plus logiques et les mieux conduites.

(1) L. BROCCQ ET PAUTRIER. Communication au Congrès de Budapest, sept. 1905.

CHAPITRE VI

FORMES A TYPE DE PSEUDO-EXANTHÈMES AYANT L'ASPECT DU PITYRIASIS ROSÉ DE GIBERT.

Dans ces cas, qui sont assez rares, l'éruption présente des allures aiguës et une marche rapidement envahissante; elle est constituée par une infinité de petites plaques rouges et squameuses, disséminées sur toute la surface du corps.

C'est en 1892, dans la deuxième édition de son livre sur le *Traitement des dermatoses*, que M. Brocq a, pour la première fois, décrit ces faits. Les éléments éruptifs sont tout à fait analogues au pityriasis rosé de Gibert, mais ils en diffèrent essentiellement : 1° par l'absence de la plaque circinée primitive; 2° ils ont, à l'état adulte, moins nettement que les éléments du pityriasis rosé typique, une bordure rose d'activité et un centre moins coloré, plissé parfois; ils sont, dans toute leur étendue, caractérisés par une rougeur squameuse assez uniforme; 3° il y a souvent du prurit; 4° l'évolution est cyclique. Mais, comme dans le pityriasis rosé de Gibert, les éléments éruptifs sont disposés en plaques ou médaillons de grandeur assez régulière, ayant des limites assez précises. L'examen des squames et les signes fournis par le grattage méthodique sont identiques à peu de chose près.

Ces faits constituent, au point de vue objectif, une série

insensible de faits de passage, allant du pityriasis rosé de Gibert typique, vers les faits que nous allons étudier sous le nom de Parakératoses psoriasiformes disséminées à type de pityriasis rosé de Gibert.

A côté de ce groupe, nous devons, en second lieu, distinguer des formes dans lesquelles les médaillons éruptifs sont assez peu nombreux, prennent lentement des dimensions considérables, sont nettement circonscrits. Les lésions siègent sur le tronc et sur les membres vers les grands plis articulaires ; elles sont peu ou point prurigineuses et elles évoluent avec une extrême lenteur : elles correspondent aux faits décrits par E. Vidal sous le nom de Pityriasis circonscrit et marginé.

PREMIER GROUPE DE FAITS

Parakératoses psoriasiformes à type de Pityriasis rosé de Gibert.

Tout en reconnaissant qu'entre ces deux affections, il existe toute une série de faits de passage, nous pouvons schématiser, de la façon suivante, les types cliniques :

Le premier type clinique est très voisin des formes maculeuses du pityriasis rosé de Gibert. Il est caractérisé ainsi qu'il suit : Début par une plaque primitive absolument analogue à celle du pityriasis rosé. Au bout de quelques jours, éruption secondaire ayant à peu près les mêmes localisations que celles du pityriasis rosé, mais ayant plus de tendance à envahir la face et le cuir chevelu, constituée par des éléments assez uniformes de grandeur et d'aspect, arrondis ou un peu ovalaires, de 5 à 15 millimètres de grand axe, presque toujours discrets, pouvant devenir confluent et, dans les cas de grande intensité, ayant une tendance plus grande à se vésiculiser, mais évoluant spontanément vers la guérison.

Le deuxième type clinique est caractérisé ainsi qu'il suit : il affecte souvent des malades atteints depuis longtemps de

parakératoses psoriasiformes torpides en un point quelconque du corps; plus rarement il débute d'emblée par l'éruption généralisée chez des sujets jusque-là indemnes de dermatoses; il diffère du premier groupe en ce qu'il ne présente pas une plaque primitive typique, mais l'éruption disséminée généralisée à les mêmes caractères objectifs et évolutifs que celle du premier groupe.

A la période d'état, l'affection est constituée par des éléments en cocarde de grandeur variable, mais qui ont habituellement des dimensions analogues à celles d'une pièce de vingt centimes, de cinquante centimes. Les éléments sont isolés les uns des autres, et il est rare de les voir se rejoindre par confluence, formant alors des dessins gyratés.

Ils s'étalent et grandissent par leurs bords, tandis que le centre tend à pâlir et à s'effacer. Celui-ci est recouvert d'une desquamation furfuracée ou très légèrement lamelleuse, mais on ne trouve pas avec la même netteté cet aspect plissé et comme vergeturoïde caractéristique du pityriasis rosé de Gibert : nous ne saurions trop insister sur l'importance clinique de cette petite particularité qui, dans bien des cas, permettra de distinguer les deux affections.

Nous signalerons également ce fait qu'à la périphérie de l'élément, il n'existe pas toujours un liseré de couleur rose-lilas un peu surélevé, qui est quelquefois très net dans un élément de pityriasis rosé.

Le plus souvent, le nombre des éléments est considérable; ils criblent littéralement la surface des téguments, surtout au niveau des parties latérales du tronc et vers les grands plis cutanés. Ils envahissent même le visage tandis que c'est une rareté de voir des éléments à la face dans le pityriasis rosé; ils peuvent même siéger sur la paume des mains, où ils forment des taches squameuses d'un rose pâle qui donnent constamment lieu à des erreurs de diagnostic et font prendre l'éruption pour une syphilide secondaire. (Brocq.)

Le prurit est très variable ; il existe presque toujours à un certain degré. Il peut devenir très intense et c'est alors qu'il peut survenir des complications, de l'eczématisation avec inflammation vive des téguments, de la lichénification se faisant au niveau de l'élément et même dans la zone environnante.

L'évolution de l'affection est très remarquable : après une période de début et d'envahissement presque toujours rapide, survient une phase d'acmé pendant laquelle l'éruption est à son maximum : puis elle tend spontanément à s'effacer et à disparaître après une durée, dans certains cas, presque analogue à celle du pityriasis rosé, six semaines à quatre mois, dans d'autres cas au contraire, l'évolution est beaucoup plus longue et c'est là encore un caractère distinctif.

Ainsi donc, en se basant uniquement sur l'aspect objectif, on peut dire que les parakératoses psoriasiformes répondant à ces formes cliniques, ressemblent au pityriasis rosé de Gibert et particulièrement à la forme circinée de cette affection. C'est en se basant sur l'absence de plaque première, sur l'absence au niveau du centre des lésions d'épiderme plissé, sur l'existence du prurit, souvent sur la plus longue évolution, que l'on arrivera à poser un diagnostic. Mais nous devons reconnaître que, dans bien des cas, le problème est des plus difficiles et même impossible à résoudre.

Le grattage méthodique va-t-il nous permettre de différencier les deux affections ?

Lorsque, avec la curette, nous grattons un élément typique circiné de pityriasis rosé de Gibert, voici ce que nous observons : Les premiers coups de curette font rapidement tomber les squames et, presque aussitôt, à la périphérie de l'élément, on voit se produire un fin piqueté purpurique ; quelques coups de curette de plus et l'on voit, toujours à la périphérie, sourdre un peu de sérosité et, si l'on applique le papier de soie, on voit que ces points d'exosérose corres-

pendent à des vésicules ouvertes. Sous le compresseur, on voit que le purpura a augmenté, mais reste par points séparés; ce n'est que plus tardivement que l'hémorragie apparaît si l'on continue à gratter. En résumé, nous avons : squames extrêmement minces, purpura premier presque immédiat, exosérose par ouverture de vésicules, hémorragie seconde.

Si nous grattons un élément circiné dans une parakératose psoriasiforme, voici ce que nous observons : les premiers coups de curette enlèvent des squames peut-être un peu plus

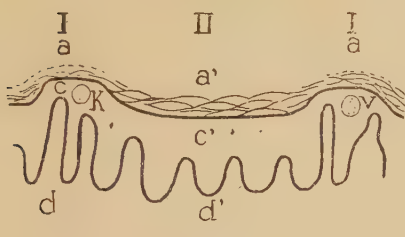


FIG. 6

Parakératose marginée et vésiculeuse avant le grattage.

En I à la périphérie. a) Squames plus ou moins abondantes et humides; c) Corps muqueux irrégulièrement aminci suivant le type des parakératoses sèches. V. Vésicules profondes. Au centre pas de lésions.

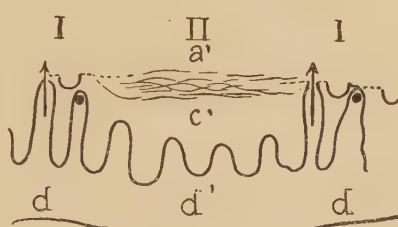


FIG. 7

Parakératose marginée après le grattage.

En I, points inégaux de purpura et d'hémorragie.

Vésicules ouvertes.

abondantes que dans le cas précédent, secondairement apparaissent des points de purpura à la périphérie de l'élément, mais ce purpura apparaît moins rapidement que dans le pityriasis rosé. L'hémorragie seconde est par contre plus facile à obtenir et, en même temps que l'hémorragie, apparaissent des points d'exosérose irréguliers, indice certain que des vésicules sont ouvertes. Au centre, au contraire, la peau conserve une résistance plus grande et bien souvent, alors que, au niveau de la périphérie, le purpura, l'hémor-

ragie, l'exosérose, ont paru, le centre reste encore squameux.

Ce qui caractérise donc le grattage, c'est l'apparition d'une hémorragie précoce suivant immédiatement le purpura, *pura qui apparaît lui-même plus tardivement que dans un élément de pityriasis rosé de Gibert.*

Nous reconnaissons que ce signe est bien léger et, véritablement nous n'osons pas établir une différenciation des deux affections sur la rapidité plus ou moins grande avec laquelle apparaît le purpura.

Cependant, dans quelques cas, le grattage méthodique ne nous a pas montré de points exosérotiques, d'où nous pouvons conclure que les formes circinées des parakératoses psoriasiformes peuvent également être sèches, et ceci nous a été confirmé par l'histologie.

L'anatomie pathologique ne nous a pas donné, comme nous le verrons en étudiant les lésions histologiques de ces formes circinées, des différenciations nettes.

En nous basant uniquement sur la clinique, nous déclarons que souvent le problème est insoluble, mais si nous insistons sur ce diagnostic c'est qu'il existe véritablement des formes éruptives, qui ne peuvent être rangées dans le pityriasis rosé de Gibert et qui sont véritablement des parakératoses circinées. Nous devons admettre qu'à côté de ces formes typiques, il existe des faits de passage, qui réunissent d'une façon insensible les deux affections. De plus, il est possible de voir coexister chez un même malade des lésions typiques de pityriasis rosé et des lésions typiques de parakératose psoriasiforme (Obs. XIV).

Tout cela demande de nouvelles recherches et nous nous proposons d'en poursuivre l'étude.

DEUXIÈME GROUPE DE FAITS.

Parakératoses psoriasiformes à type de Pityriasis circiné de Vidal.

Ce que nous avons dit pour le pityriasis rosé de Gibert, nous pourrions le répéter pour les formes qui simulent le pityriasis circiné marginé de Vidal.

Cette affection est caractérisée, au début, par de petites taches rosées, peu saillantes, sèches, et sur lesquelles, par le frottement, on détermine l'apparition de squames. Elles se montrent sur le tronc, les bras et les cuisses, surtout au voisinage des grands plis articulaires. Au bout de quelques jours, elles atteignent le diamètre d'une pièce de cinquante centimes, puis d'un franc. Puis elles finissent par prendre de grandes dimensions.

Les éléments sont le plus souvent isolés, mais, dans quelques cas, peuvent devenir confluent et forment des plaques circinées. L'affection est lente et chronique dans son évolution.

E. Vidal avait pensé que la cause du pityriasis circiné et marginé était un parasite spécial, le microsporon anamoeum ou dispar. Cette opinion n'a pas été confirmée.

Il n'est pas douteux que les parakératoses psoriasiformes peuvent, dans quelques cas rares, prendre le type de pityriasis circiné et marginé. Le grattage méthodique nous donne les mêmes renseignements que dans les faits simulant le pityriasis rosé de Gibert : purpura plus facile dans le pityriasis rosé, hémorragie plus précoce.

Lorsqu'il n'existe pas en d'autres points du corps des lésions nettes de parakératoses psoriasiformes, nous reconnaissons que le diagnostic présente les plus grandes difficultés, et nous sommes portés à nous demander si véritablement le pityriasis circiné et marginé de Vidal existe, et si tous ces faits ne doivent pas être rattachés aux parakératoses psoriasiformes.

CHAPITRE VII

FORME INFLAMMATOIRE AIGUE. ECZÉMA. ÉRYSIPÉLATOÏDE RÉCIDIVANT. FORME ALLANT VERS L'HERPÉTIDE MALIGNE EXFOLIATRICE. COMPLICATIONS.

La forme objective, à laquelle M. Brocq a donné le nom d'eczéma érysipéatoïde récidivant est essentiellement caractérisée par une rougeur intense avec tuméfaction œdémateuse des téguments. En quelques heures, les régions qui doivent être prises se tuméfient, deviennent d'un rouge écarlate. Sur ce fond rouge apparaissent ensuite des vésicules de dimensions variables, souvent minuscules, presque imperceptibles, plus rarement volumineuses, phlycténulaires, parfois même il n'y a pas de vésicules et ces faits établissent des faits de passage vers les œdèmes aigus inflammatoires.

M. Brocq avait primitivement classé cette forme dans les eczémas vrais. Mais il pense « qu'il vaut bien mieux en faire simplement une complication qui survient le plus souvent dans le cours d'une parakératose psoriasiforme suintante des paupières, des plis rétro-auriculaires, et cela presque toujours sous l'influence d'une intoxication, d'un surmenage, d'une émotion. Nous nous demandons en outre, ajoute-t-il, s'il ne s'agit, dans ce cas, d'une manifestation de l'infection streptococcique, et cela d'autant mieux que l'on

peut retrouver parfois le streptocoque à la surface de certaines des dermatoses sur lesquelles ces accidents se développent » (1).

Cette forme clinique est importante à connaître, à cause des rechutes incessantes, parfois fort rapprochées, survenant sous l'influence de la moindre cause occasionnelle, du moindre contact irritant, de la moindre intoxication alimentaire, parfois sans cause appréciable.

On peut concevoir également, comme une complication, la variété érythrodermique des parakératoses psoriasiformes.

Les formes allant vers l'herpétide maligne exfoliatrice sont caractérisées :

1^o Par leur tendance à gagner assez rapidement en tache d'huile, en partant des points d'attaque qui sont d'ordinaire situés au niveau des grands plis cutanés, et à envahir toute ou presque toute l'étendue des téguments ; 2^o Par la rougeur vive et la tuméfaction du derme ; 3^o Par la coexistence de zones d'eczématisation très suintantes, et de zones au niveau desquelles il n'y a que de la rougeur et de la desquamation plus ou moins lamelleuse.

Ces poussées aiguës n'ont pas d'ordinaire une très longue durée ; elles ne sont pas absolument généralisées, souvent même la lésion n'est qu'ébauchée, il y a simplement tendance à l'érythrodermie. Elles sont presque toujours consécutives à une intervention locale malheureuse ou à l'administration à l'intérieur d'une substance nuisible.

Nous décrirons, comme complications des parakératoses psoriasiformes, les infections qui peuvent se produire à la surface des placards éruptifs.

Particulièrement dans les formes suivantes, il est fréquent de voir les lésions s'impétiginiser. Cette complication est

(1) L. BROCC. *Traité de Dermat.*

surtout fréquente à la face, dans les plis rétro-auriculaires. Par une thérapeutique appropriée, l'infection cutanée disparaît rapidement.

Beaucoup plus souvent, les parakératoses psoriasiformes se compliquent de folliculites et de furoncles. M. Hallopeau a, en effet, démontré que ces formes objectives peuvent se compliquer de folliculites suppuratives, remarquables par leurs incessantes récides.

Leurs sièges de prédilection sont la barbe, le pubis, la face interne des cuisses; mais on les observe aussi au cuir chevelu, aux aisselles, au tronc et aux membres; elles paraissent dues à l'invasion des follicules pilo-sébacés par des staphylocoques dorés; elles amènent le plus souvent la chute des poils intéressés, et il peut en résulter un état presque complètement glabre des parties atteintes; cependant ces alopecies peuvent ne pas être définitives, mais elles persistent fort longtemps, parfois même toujours, avec production de tissu cicatriciel sous l'influence de récides incessantes de folliculites.

« C'est ainsi, dit M. Brocq, que j'ai observé des personnes ayant des parakératoses psoriasiformes de la tête, qui portaient, à la partie antérieure du cuir chevelu, une bande alopecique en diadème de 2 à 4 centimètres de large, avec folliculites et cicatrices punctiformes; des hommes, atteints de parakératose psoriasiforme de la tête, du tronc et des plis, qui avaient des bandes alopeciques avec cicatrices centrales et pustulettes péri-folliculaires aux joues, vers le front et les tempes, au pubis » (1).

Il est inutile d'insister sur le diagnostic différentiel de ces cas; l'existence des folliculites pendant leur période d'acti-

(1) HALLOPEAU et L. DAMENY. Eczéma séborrhéique et folliculites avec dépilation. *Société de Dermat. et de Syph.*, décembre 1894.

(1) L. BROCCQ. *Pratique Dermatologique*, Art. Alopecie, p. 337.

vité les fait reconnaître immédiatement. A la période de calme et d'atrophie, les localisations spéciales que nous venons de décrire et les commémoratifs permettront de remonter à la cause première.

CHAPITRE VIII

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES PARAKÉRATOSES PSORIASIFORMES (1)

Il est une difficulté à laquelle on se heurte en dermatologie, chaque fois que l'on se reporte aux travaux histologiques des auteurs qui ont déjà examiné une lésion dont on se propose de reprendre l'étude : la question de terminologie joue un tel rôle, le même nom servant, suivant les auteurs qui l'emploient, à désigner des choses différentes, que l'on n'est jamais sûr de parler de la même chose : c'est ce qui explique vraisemblablement les différences, souvent capitales, qui séparent les examens histologiques des différents auteurs ayant soi-disant étudié la même dermatose.

Nous allons nous heurter à des difficultés semblables, lorsque nous allons faire un résumé des recherches de nos devanciers sur le sujet qui nous occupe. Nous avons essayé de montrer, dans la partie clinique de ce travail, que l'eczéma séborrhéique de Unna, les anciennes séborrhéides de MM. Brocq et Audry, ont été en réalité des groupes beaucoup plus larges que ne l'est notre cadre des parakératoses psoriasiformes. Nous ne savons donc pas si les examens histologiques de Unna, de Audry, Sabouraud, Darier, Civatte,

(1) Ce chapitre a été écrit en collaboration avec M. le Dr PÂUTRIER.

ont porté sur des lésions dont nous ferions aujourd'hui de vraies parakératoses psoriasiformes.

Il y a là une difficulté qui peut expliquer les divergences que nous aurons à signaler entre le résultat de leurs recherches et celui des nôtres.

Cette question de l'anatomie pathologique des parakératoses psoriasiformes est évidemment très complexe et demanderait, si l'on voulait arriver à des conclusions aussi précises que l'on pourrait le souhaiter, des examens beaucoup plus nombreux et une étude beaucoup plus prolongée que celle à laquelle nous avons pu nous livrer. Bien que nous rendant compte de l'importance de cette partie de notre sujet, nous nous contenterons de l'exposer très brièvement, nous réservant de la reprendre ultérieurement.

Pour Unna, l'eczéma séborrhéique est caractérisé histologiquement par trois facteurs que l'on retrouve dans l'eczéma simple : la parakératose, l'acanthose, l'inflammation du derme, auxquels se surajoute un nouveau symptôme, l'augmentation de la graisse de la peau. Nous ne reviendrons pas ici sur les considérations que nous avons exposées dans la partie clinique, sur l'absence de tout flux séborrhéique dans les parakératoses. Rappelons du reste que M. Audry a pu confirmer histologiquement l'absence de la graisse dans un grand nombre de cas et que, pour M. Darier, l'épiderme corné de l'eczéma séborrhéique est moins riche en graisse que l'épiderme normal.

M. Audry, dans son mémoire sur le « soi-disant eczéma séborrhéique », résume ainsi les lésions qu'il a étudiées :

Les lésions dermiques sont fort peu importantes et caractérisées par quelques lésions inflammatoires autour des vaisseaux, dilatés dans l'axe des papilles. Celles-ci sont allongées, étriquées, rétrécies, comme étouffées par la richesse des colonnes épithéliales interpapillaires, de telle sorte que l'épithélium ressemble ainsi à une sorte de mur échancré.

Dans l'épiderme, la couche génératrice est « normale, mais souvent dissociée par des cellules migratrices venant des papilles et qui pénètrent dans l'épithélium ».

Le corps muqueux est considérablement augmenté d'épaisseur avec altération du protoplasma des cellules épineuses et état spongoïde de Unna; entre les cellules épithéliales, on voit des cellules migratrices. Notons ici que M. Audry se contente de noter cet état spongoïde sans attirer l'attention sur son importance, sans signaler de formations pseudo-vésiculeuses; il paraît donc avoir étudié seulement des formes correspondant à ce que nous avons décrit sous le nom de parakératoses sèches avec simple tendance à l'exosérose. Cependant, çà et là, dans la couche cornée qui conserve des noyaux plus apparents que normalement, il signale, sur quelques points, la présence de vésicules, d'amas de fibrine coagulée, contenant des leucocytes et des débris de cellules. Il conclut en faisant valoir que tous ces caractères histologiques se rapprochent de ceux signalés par Unna, mais il se sépare du maître de Hambourg quant à l'interprétation qu'il convient d'en donner. Pour lui, « toutes ces altérations sont à peu près banales et peuvent appartenir à toute espèce de maladies cutanées inflammatoires superficielles à marche lente ou persistante », et il a peine à y trouver un critérium, soit de l'eczéma, soit de l'eczématisation.

Ayant examiné ensuite un eczéma séborrhéique lichénifié, dans lequel l'hypertrophie totale du corps muqueux est encore plus exagérée, sans la moindre trace de vésiculation, avec altération cavitaire du corps muqueux aboutissant à une kératinisation anormale, il conclut encore en disant : « Tout cela ressemble à des lésions entièrement différentes du psoriasis, mais comparables à celles d'un grand nombre d'irritations chroniques et passives de l'épiderme ».

Si nous avons bien compris la pensée de M. Audry, et si ses

opinions ne se sont pas modifiées depuis sur ce point, les lésions du « soi-disant eczéma séborrhéique » sont de nature inflammatoire banale mais, par leur banalité même, se différencient de la spécialisation histologique des lésions de l'eczéma ou du psoriasis.

Les eczématides de M. Darier, bien qu'assez disparates à première vue, suivant son expression, ont des lésions histologiques essentielles toujours de même ordre : la spongieuse en petits foyers, la parakératose souvent discontinue, des squames-croûtes, de l'acanthose dans le derme, un peu d'œdème avec des infiltrats périvasculaires. « La variété psoriasiforme, en particulier, simule le psoriasis aussi bien histologiquement que cliniquement : il existe cependant des différences » ; la couche superficielle est une épaisse-squame croûte contenant, entre les lames cornées parakératosiques, des amas de sérum desséché et de leucocytes, l'acanthose est moins marquée et l'allongement des papilles est moins régulier que dans le psoriasis ; les sommets des papilles n'arrivent pas aussi près de la squame ; enfin, dans le corps muqueux, on découvre çà et là quelques très petits foyers de spongieuse.

Ces foyers de spongieuse ont sans doute impressionné M. Darier, qui paraît ne voir qu'une question de plus ou de moins entre cette spongieuse et celle de l'eczéma, puisqu'après avoir dit tout d'abord que la variété psoriasiforme simule histologiquement le psoriasis, il conclut en écrivant : « Ces lésions constituent en somme une épidermodermite du type eczéma, mais plus discrète, moins succulente : on conçoit que, lorsqu'elles sont exagérées, elles aboutissent à l'eczéma vulgaire ».

L'apparente opposition qui pourrait troubler tout d'abord entre cette lésion qui simule histologiquement tantôt le psoriasis et tantôt l'eczéma, s'explique aisément par ce fait que M. Darier réunit dans ce même groupe, les formes sèches et les formes ayant tendance à l'eczématisation.

S'il était nécessaire de trouver une preuve supplémentaire de ce que nous avons affirmé, quant à la position intermédiaire de notre groupe d'affections entre le psoriasis et l'eczéma, l'anatomie pathologique de M. Darier nous en donnerait une démonstration éclatante.

L'histologie nous permet de suivre pas à pas la clinique et nous confirme qu'aux deux extrémités, dans les faits de passage, il existe des types qui, aussi bien au microscope qu'à l'examen clinique, vont tantôt vers le psoriasis, tantôt vers l'eczéma.

Civatte, dans le *Traité de Dermatologie* de M. Brocq, a étudié les parakératoses psoriasiformes et les parakératoses eczématisées.

La forme sèche est caractérisée à peu près par les mêmes lésions que le psoriasis véritable. Le corps papillaire est œdémateux et infiltré de cellules rondes, peut-être est-il plus riche en cellules que dans le psoriasis authentique. A coup sûr les polynucléaires sont ici plus nombreux; le corps muqueux est infiltré d'œdème et aminci au-dessus des papilles, tandis que les bourgeons interpapillaires s'allongent. Il y a plus d'exocytose que dans le psoriasis, ce qui est en rapport avec l'abondance plus grande des polynucléaires dans le corps papillaire.

Mais la différence la plus grande est dans la squame et c'est probablement là que réside le caractère différentiel.

Dans les deux dermatoses, le stratum granulosum fait défaut, et la squame est parakératosique. Mais, tandis que dans le psoriasis la squame est sèche et faite à peu près exclusivement de cellules cornées encore nucléées, élevée parfois par la présence d'amas de leucocytes tassés les uns contre les autres, la squame de la séborrhéide au contraire est tout à fait bourrée de leucocytes qui s'infiltrant pour ainsi dire entre toutes les cellules cornées. Elle est clivée aussi en plusieurs strates par la présence d'amas de leuco-

cytes, mais ceux-ci ne sont pas tassés comme dans le psoriasis, ils nagent dans la sérosité concrète et conservent leur forme arrondie. Ce ne sont pas là, à proprement parler, des amas leucocytaires, mais bien des croûtelles minuscules, lenticulaires, enchâssées dans les couches du tissu parakératosique.

Cette masse cornée toute entière, d'ailleurs, mériterait bien plutôt le nom de croûtelles que de squame, si l'on tient compte du nombre des leucocytes qui l'infiltrèrent et de la sérosité qui doit s'y diffuser.

Un autre caractère sépare parfois les deux dermatoses, et Civatte ne sait pas s'il est constant : c'est la présence dans la parakératose psoriasiforme d'hiatus béants, solutions de continuité du corps muqueux semblables à ceux qui correspondent aux puits épidermiques de l'eczéma, et qui traduisent vraisemblablement ici une eczématisation larvée.

Etudiant les parakératoses eczématisées, Civatte dit : « Nous sommes ici hors du domaine de la séborrhée proprement dite : c'est l'aspect de l'eczéma vulgaire. On retrouve, exagérées, les lésions de la séborrhéide psoriasiforme histologiquement eczématoïde et, de plus, la présence de puits épidermiques. »

En somme, dès le début, la séborrhéide psoriasiforme paraît présenter, par ses caractères histologiques, une orientation soit dans le sens du psoriasis, soit dans le sens de l'eczéma.

Pour M. Sabouraud, les parakératoses psoriasiformes rentrent dans le cadre du psoriasis, mais ici encore il y aurait à faire un travail de contrôle et de juxtaposition auquel nous n'avons pu nous livrer d'une façon suffisante. Si M. Sabouraud fait rentrer les parakératoses psoriasiformes dans le psoriasis, c'est vraisemblablement parce qu'il a trouvé dans les lésions qu'il a biopsiées le micro-abcès qui est, pour lui, la signature histologique du psoriasis. Nous reviendrons

sur ce point à la fin de ce chapitre, lorsque nous aurons exposé nos recherches personnelles.

Nous avons étudié, nous aussi, des parakératoses du type sec et du type eczématisé.

PREMIER TYPE

Formes sèches.

Epiderme. — La couche cornée est en état d'hyperkératose manifeste : elle est formée par une série de lamelles plus ou moins adhérentes les unes aux autres, présentant de nombreux noyaux en bâtonnet, mais n'offrant sur aucun point aucune trace de noyaux de leucocytes, ni de sérosité coagulée. Il s'agit donc d'une parakératose sèche, typique, sans exosérose, sans exocytose, sans la moindre formation rappelant le micro-abcès du psoriasis.

De chaque côté de la lésion, on retrouve encore vers les bords une ébauche de granuleuse ; mais, dans la partie centrale, toute trace de kératohyaline fait défaut, et les lamelles cornées qui s'exfolient laissent à nu le corps muqueux.

Celui-ci est légèrement en état d'acanthose, acanthose irrégulièrement distribuée et formant un corps muqueux d'épaisseur variable suivant les points considérés. Cependant, il ne s'amincit jamais au sommet des papilles comme dans le psoriasis et, même dans les points où il apparaît le plus aminci, on peut encore compter cinq à six assises cellulaires.

Les papilles sont irrégulièrement distribuées, souvent séparées les unes des autres par une large zone de corps muqueux épaissi, à peine ondulé à son extrémité inférieure du côté du derme.

Les cellules du stratum filamentosum paraissent saines ; on ne trouve ni spongiose, ni œdème intercellulaire, et ce n'est que dans les couches les plus superficielles, que l'on

trouve quelques lésions cellulaires du type de l'altération cavitaire de Leloir, comme on en trouve du reste d'une façon générale au niveau de toute lésion histologique de parakératose.

La basale ne présente aucune altération ; nous avons déjà dit de quelle façon irrégulière elle dessine les papilles.

A travers tout cet épiderme, on observe de place en place quelques rares noyaux de leucocytes en exocytose qui, nous l'avons déjà signalé, ne se retrouvent pas dans la couche cornée en voie d'exfoliation.

Dermis. — Les lésions dermiques sont fort peu importantes. Elles consistent essentiellement en quelques légers foyers d'infiltration, siégeant surtout dans le corps papillaire, infiltration constituée par des cellules conjonctives, quelques-unes hypertrophiées, et par des lymphocytes : nous n'avons pas trouvé de plasmazellen.

A noter encore quelques dilatations vasculaires, quelques capillaires flexueux montant dans les papilles. Ce ne sont là, on le voit, que des lésions inflammatoires banales.

En résumé, ce premier type est essentiellement constitué par une acanthose légère du corps muqueux, sain dans ses parties profonde et moyenne, légèrement altéré dans ses couches les plus superficielles, où l'on observe cette altération cavitaire de Leloir que l'on retrouve toujours chaque fois qu'il y a parakératose ; une absence presque totale de la granuleuse, une couche cornée hyperkératosique et très parakératosique.

En somme, parakératose sèche absolument typique, sans exosérose, et presque sans exocytose.

L'absence totale d'œdème, de spongieuse, de tendance à la vésiculation, la sécheresse absolue des lésions ne permettent pas un instant l'assimilation, même la plus lointaine, avec l'eczéma.

Cette parakératose sèche serait plutôt voisine du psoriasis, mais si l'on prend comme critérium de cette affection le micro-abcès amicrobien, peut-on lui incorporer une lésion dans laquelle ce micro-abcès fait défaut ? Nous ne nous dissimulons pas que deux objections peuvent se présenter : d'une part dans les cas que nous avons examinés et qui ont toujours été coupés en série, nous avons en vain cherché le micro-abcès, mais ces cas sont-ils assez nombreux pour nous permettre une généralisation : nous n'osons pas encore nous prononcer. Cependant, les faits que nous apportons permettent d'affirmer dès maintenant que, dans certains cas au moins, des lésions de parakératose sèche peuvent exister sans micro-abcès.

La deuxième objection, d'ordre peut être plus général, a trait à la valeur de ce micro-abcès lui-même. Il est certain qu'entre la très légère exocytose que nous avons constatée dans nos cas, mais ne se retrouvant pour ainsi dire pas dans la couche cornée et le micro-abcès lui-même, il n'y a peut être qu'une question de plus ou de moins. La même lésion ne pourrait-elle plus tard aboutir à la formation du micro-abcès ? Nous ne pouvons le dire d'une façon absolue.

On conçoit que cette étude soulève toute une série de points qui ne pourront être tranchés que par des recherches beaucoup plus prolongées et faites sur une bien plus vaste échelle.

Notons encore que ce premier type que nous venons de décrire, et dans lequel la lésion présente une sécheresse absolue, nous a paru relativement rare, et que beaucoup plus fréquemment on trouve une tendance à la spongieuse et à l'œdème, qui constitue le deuxième type que nous allons étudier maintenant.

DEUXIÈME TYPE.

Formes ayant tendance à l'exosérose.

Disons tout de suite que la lésion paraît également ici presque uniquement épidermique. Le derme ne montre que des lésions inflammatoires banales, un peu plus prononcées toutefois que dans la forme précédente; en particulier on peut trouver quelquefois, au niveau des papilles, des lésions d'œdème au voisinage des foyers d'infiltration.

Epiderme. — Les lésions épidermiques sont beaucoup plus variées que dans la forme précédente.

Dans la plupart de nos préparations, la couche cornée manque totalement sur certains points, soit qu'elle ait été réellement absente dans certaines parties des régions biopsiées, soit qu'elle ait été détachée par le rasoir. Sur d'autres points, on la retrouve et elle se présente avec des aspects différents. Disons cependant tout de suite que les lésions de parakératose sont peu prononcées et peuvent manquer totalement dans certaines zones. C'est ainsi que, par places, on trouve simplement quelques feuillets cornés en voie d'exfoliation, siégeant au-dessus d'une granuleuse et présentant de nombreux noyaux parakératosiques en bâtonnet. Signalons que les zones de couche cornée parakératosique correspondent aux zones malphigiennes dans lesquelles s'observent de la spongieuse, de l'œdème, de la tendance à la vésicule, que nous décrirons plus loin.

Enfin, d'une façon parcellaire et par points minuscules, on trouve, au milieu de feuillets cornés en parakératose, des îlots de spongieuse (bloc séreux); mais nulle part, dans aucun point de la zone parakératosique, on ne trouve de collection de noyaux de leucocytes.

La granuleuse, comme il résulte de ce que nous venons de dire, persiste sur certains points, ceux où la couche cornée est simplement hyperkératosique; manque totalement au contraire là où celle-ci devient parakératosique.

Le corps muqueux présente une acanthose assez marquée, et il est manifestement plus épaissi dans toute son étendue, aussi bien au niveau des papilles que dans les prolongements interpapillaires, — ceux-ci étant également plus épaissis.

La basale ne présente pas d'altérations importantes : le plus souvent, elle est normale dans la presque totalité de son étendue; en d'autres points, elle est dissociée par des leucocytes migrateurs. Les portions profondes du stratum filamentosum sont en général également saines, sauf dans quelques cas; mais à mesure que l'on s'élève vers les régions moyennes et surtout vers les régions superficielles, l'aspect peut changer complètement.

On trouve des foyers de spongiose, d'œdème intercellulaire prononcé, avec tiraillement des cellules qui sont écartées les unes des autres et dissociées par la sérosité. Celle-ci, refoulant les éléments cellulaires, se collecte même par places, non pas certes en vraies vésicules eczématisées pleinement développées, mais prenant un aspect semblable à ces formations vésiculeuses avortées que l'on trouve dans l'eczéma vrai au voisinage des vésicules adultes.

Sur plusieurs de nos coupes, dans des régions où l'exosérose est plus abondante, nous trouvons un aspect un peu spécial et, depuis la base du corps muqueux jusqu'au-dessus de la couche cornée en parakératose, on peut suivre des minuscules îlots de spongiose, flexueusement disposés les uns au-dessus des autres, comme si on pouvait suivre, de la profondeur à la périphérie, le cheminement de la sérosité. Il y a loin de ces formations aux véritables puits exosérotiques de l'eczéma vrai; cependant, on ne peut s'empêcher de voir dans cet aspect une ébauche de ce dernier processus.

Ajoutons enfin que l'on trouve, d'une façon générale, à travers tout le corps muqueux, une légère exocytose, mais qui n'a pas tendance à se collecter en des points précis.

En résumé, la lésion est constituée essentiellement par

une hyperkératose générale, mais modérée, et par des lésions épidermiques variables : spongiose intense en certains points, avec formations vésiculeuses avortées, au-dessus desquelles la couche cornée est franchement en parakératose, quelquefois sèche, quelquefois avec petits blocs séreux; sur d'autres points, corps muqueux à peu près normal et couche cornée simplement hyperkératosique sans parakératose. Les lésions ne sont donc pas homogènes, elles sont irrégulièrement distribuées.

Cette forme s'écarte histologiquement d'une façon sensible du psoriasis. Elle pourrait représenter le stade terminal d'un eczéma; mais cependant, dans une lésion d'eczéma en voie de dessiccation et qui a contenu de vraies vésicules, il est bien rare que l'on ne retrouve pas trace de celles-ci, sous forme de croûtelles lenticulaires, formées par de la sérosité desséchée et englobant des leucocytes. On pourra nous objecter aussi que ce tableau pourrait être celui d'un eczéma commençant; cependant, dans l'eczéma au début, il ne semble pas que l'on puisse trouver des lésions aussi irrégulièrement distribuées, avec déjà ces ilots de parakératose associés à de la spongiose à peine ébauchée. En tout cas, là où notre type histologique retrouve une individualité, c'est dans sa constance; quel que soit l'âge de la lésion biopsiée, on ne trouvera pas de formation vésiculeuse plus intense, du moins dans la forme que nous étudions ici : Processus légèrement œdémateux et spongoïde proche parent de l'eczéma, mais processus restant toujours à ce stade d'eczéma avorté et n'aboutissant jamais à la vésicule.

Ce type histologique, avec ce début de spongiose, nous a paru être relativement le plus fréquent.

TROISIÈME TYPE.

Parakératoses eczématisées.

Nous trouvons ici, pleinement développé, le processus

eczématisé que nous avons vu ébauché tout à l'heure. L'œdème du corps muqueux et la spongiose deviennent intenses comme dans l'eczéma vrai; nous trouvons également des vésicules typiques du même type que celles de l'eczéma classique, comme aussi des croûtelles lenticulaires séreuses et leucocytaires, représentant des vésicules desséchées en voie d'extériorisation et d'exfoliation.

Les lésions eczémateuses sont donc à leur apogée. Existe-t-il un signe clinique qui permette la différenciation entre les lésions de l'eczéma amorphe et celles de l'eczéma sur parakératose? S'il n'y a pas de critérium certain, du moins y a-t-il quelques différences? L'hyperacanthose nous a semblé, dans ce type, beaucoup plus intense que celle de l'eczéma vulgaire. Nous n'en avons trouvé de semblable que dans des plaques nummularisées et lichénifiées d'eczéma papulovésiculeux.

D'autre part, l'exocytose nous a semblé également beaucoup plus considérable que dans l'eczéma ordinaire; elle est remarquablement abondante et les leucocytes migrants se collectent dans la sérosité des vésicules en grande quantité, ou se déversent à la surface de l'épiderme où ils forment non pas des amas collectés, mais une sorte de litière étalée, mélangée à la sérosité coagulée et aux débris épidermiques.

Nous comprenons cependant que ces différences ne représentent pas une ligne de démarcation bien nette avec l'eczéma, et que, suivant ses tendances et ses conceptions doctrinales antérieures, un histologiste placé en face de préparations semblables et ignorant l'origine de la biopsie, pourrait porter le diagnostic d'eczéma, peut être légèrement infecté en surface et avec acanthose un peu plus intense que normalement.

1810/11

Fig. 1. — Parahydroxybenzoinformic acid.

Montrant la coupe coramée en par l'éclatose avec ses rayons en palme, l'anneau

(11 on nojtsyngd).

Fig. 2. — *Pinellatae pastisformis* conchatae

Le corps muni d'un nez moulu, en haut et à gauche de la plaque, une résille
s'étend, dans le bas, d'un côté, et d'un autre, de la résille et de la résille

Sur la droite, réservoir de date plus ancienne en voie d'émoulement, dont la région s'est couverte, englobant une vaste forêt de lentilles et enroulé, et une couche comme paraboliques est un réservoir.

(b) *La détermination des besoins* : la détermination des besoins est la première étape de la planification. Elle consiste à identifier les besoins de l'entreprise et à les classer en fonction de leur importance et de leur urgence.

La loi de la viscosité est représentée par une tangente menée au point critique, coléenne, de la courbe dans la zone où la viscosité, surtout à la partie supérieure, croît rapidement en fonction du poids moléculaire. L'ordonnée correspondante est la viscosité intrinsèque du corps, mesurée soigneusement, dans le solvant choisi, à la température de l'essai qui est représentée sur la grande planche.

U. S. GOVERNMENT PRINTING OFFICE

PLANCHE I

FIG. 1. — *Parakératose psoriasiforme sèche.*

Montrant la couche cornée en parakératose avec ses noyaux en bâtonnet, sans exocytose, la disparition de la granuleuse, l'absence de tout état spongoïde du corps muqueux, les lésions dermiques réduites à leur minimum, représentées par une très légère infiltration du corps papillaire, l'intégrité du derme moyen.

(*Observation n° II*).

FIG. 2. — *Parakératose psoriasiforme eczématisée.*

Le corps muqueux montre ici, en haut et à gauche de la planche, une vésicule vraie, dont le toit vient d'être rompu, et d'où s'échappe de la sérosité et de très nombreux noyaux de leucocytes.

Sur la droite, vésicule de date plus ancienne, en voie d'élimination, dont la sérosité s'est coagulée, englobant une vraie litère de leucocytes en exocytose, et au-dessous de laquelle une couche cornée parakératosique s'est déjà reformée.

On notera encore l'hyperacanthose considérable et irrégulière, l'exocytose considérable qui se fait à travers le corps muqueux, l'infiltration, un peu plus prononcée que dans le cas précédent, du corps papillaire et du derme superficiel.

Le carton, en bas et à gauche de la planche, représente le détail d'une autre vésicule située sur la gauche de celle qui est représentée sur la grande planche. On remarquera la spongiose intense du corps muqueux sous-jacent, l'abondance colossale de leucocytes dans la sérosité de la vésicule, surtout à la partie supérieure.

Le toit de la vésicule est représentée par une lamelle cornée en partie rompue.

(*Observation n° V*).

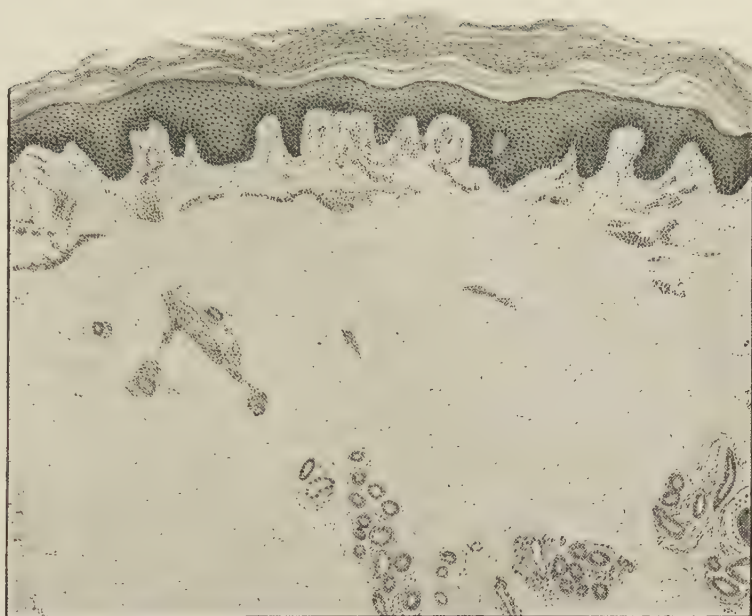


FIG. 1

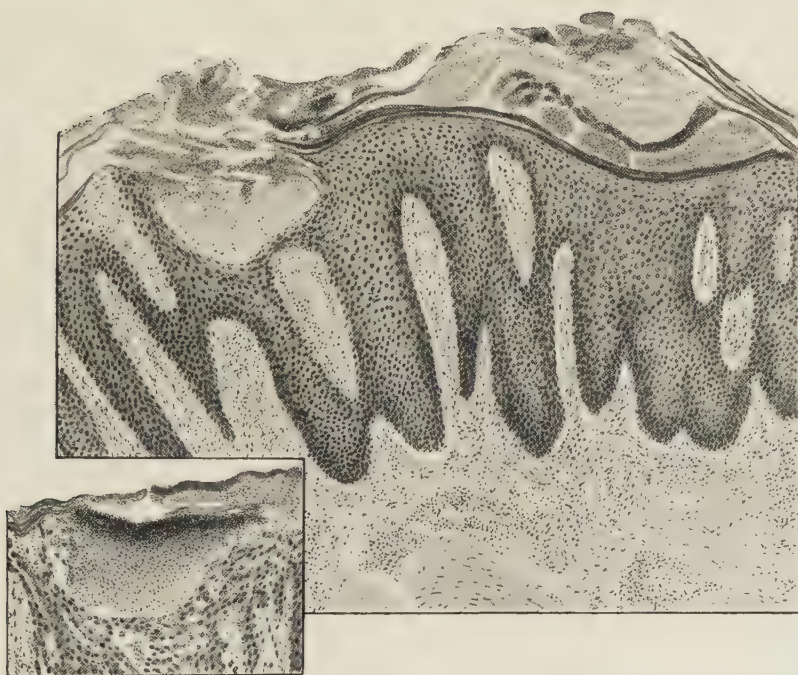


FIG. 2.

PLANCHE II

FIG. 1. — *Un autre point de la biopsie, montrant une lésion de date plus ancienne.*

Au-dessus du corps muqueux en hyperacanthose, on voit une croûte lenticulaire, correspondant à une ancienne vésicule desséchée et en voie d'exfoliation. Cette croûte est formée par des strates cornées parakératosiques, avec noyaux en bâtonnet et, à sa partie supérieure, par une véritable litière de noyaux de leucocytes, qui est en rapport avec l'abondance des mêmes leucocytes contenues dans la vésicule de la figure précédente.

On notera que ces noyaux leucocytaires ne sont pas disposés en amas limités comme dans les micro-abcès du psoriasis, mais sont répartis en couches étalées entre les feuillets cornés.

FIG. 2. — *Parakératose psoriasiforme à type de pityriasis rosé de Gibert. — Formation tuberculoïde.*

Sous l'épiderme légèrement acanthosique, avec couche cornée en hyperkératose légère et en exfoliation, on trouve, à la limite du derme superficiel et du derme moyen, un noyau d'infiltration constitué par quelques lymphocytes, des cellules conjonctives fixes, quelques cellules épithélioïdes et trois cellules géantes ébauchées.

(Observation n° XIX).



FIG. 1



FIG. 2

QUATRIÈME TYPE.

Parakératoses psoriasiformes à type de pityriasis rosé de Gibert.

Nous avons vu dans notre étude clinique qu'entre les deux affections il existe une gamme insensible de faits de passage.

L'anatomie pathologique va-t-elle nous permettre de différencier les deux affections?

L'histologie du pityriasis rosé de Gibert a été parfaitement décrite par M. Sabouraud (1). En nous basant sur le travail de cet auteur, voici ce que nous pouvons dire : le pityriasis rosé n'est pas un pityriasis, c'est-à-dire une lésion essentiellement squameuse; c'est un érythème à lésions finement vésiculeuses. Les vésicules sont intercellulaires, c'est-à-dire que chacune ne se constitue pas par fonte, mais par dissociation épidermique, non pas dans les cellules, mais entre elles. Ce seul phénomène différencie la vésicule du pityriasis rosé de la vésicule eczématisée qui, à sa naissance, est toujours profonde. Le sérum, collecté au point qui fera une vésicule, est homogène, mais contient toujours de nombreux filaments de fibrine ramifiés vermicellaires, qu'on ne saurait mieux comparer qu'à des fragments de mycélium cryptogamique. Dans la vésicule eczématisée, la fibrine ne se présente jamais sous cette forme. Les vésicules du pityriasis rosé contiennent toujours, au moins à l'état d'unités, quelques cellules épidermiques dissociées. Au-dessous et autour des vésicules, il existe une foule de cellules en migration. Celles-ci appartiennent toutes à un même type, celui des leucocytes mononucléaires.

Dans les rares biopsies que nous avons pu faire d'éléments de parakératose psoriasiforme circonscrite, dans un cas, il ne

(1) R. SABOURAUD. Note sur l'histologie du pityriasis rosé de Gibert. *Revue des Maladies cutanées, syphilitiques et vénériennes*, juin 1902.

nous a pas semblé que la vésiculation fut aussi nette que dans un élément de pityriasis rosé de Gibert. (Obs. XII).

Dans un autre cas, où le grattage méthodique nous avait montré l'absence d'exosérose, nous n'avons trouvé aucune trace de vésiculation. (Obs. XIII).

Dans une autre biopsie, enfin, nous avons trouvé des lésions tellement anormales (cellules géantes, formations tuberculoïdes), que nous ne pouvons rien conclure des résultats fournis. (Obs. XIX).

En résumé, l'histologie qui nous a permis de suivre presque pas à pas les différents types cliniques et qui nous a montré les lésions correspondant aux différentes particularités que fournissent l'examen objectif et le grattage méthodique, nous conduit à un point où nous retrouvons les deux difficultés auxquelles nous nous sommes sans cesse heurtés jusqu'ici. Il ne faut pas demander à l'anatomie pathologique plus qu'elle ne peut donner et, en dehors des dermatoses possédant un type histologique bien défini, il faut bien reconnaître que le microscope seul ne permet pas toujours de résoudre les problèmes qu'a posés la clinique.

Nous venons de démontrer, au point de vue histologique, combien les formes eczématisées sont difficilement différenciables de l'eczéma, et c'est en somme à la clinique que nous sommes obligés de nous adresser pour trouver dans l'aspect, dans l'évolution, dans la réaction différente aux médicaments une raison, de séparer ces deux ordres de faits. Nous ne nous dissimulons pas toutes les objections qui peuvent nous être faites et, envisageant l'autre face du problème, nous sommes obligés ici, en particulier, de revenir sur cette question importante du micro-abcès amicrobien. Les parakératoses psoriasiformes doivent-elles être rattachées au psoriasis comme le veut M. Sabouraud?

M. Darier a signalé, nous l'avons vu dans les « eczéma-

tides », des petits foyers de spongieuse, proches des squames, qui ressemblent fort au micro-abcès de M. Sabouraud.

Dans les cas, encore trop peu nombreux il est vrai, que nous avons étudiés nous-mêmes et correspondant bien entendu aux définitions cliniques des parakératoses psoriasiformes que nous avons déjà données et sur lesquels nous ne reviendrons pas, nous n'avons pas trouvé le micro-abcès, mais une exocytose, tantôt si faible qu'elle semble mourir à la surface, tantôt intense, mais se répandant en nappes, en lits cellulaires et ne se collectant pas en petits amas limités. Nous n'osons pas donner ces conclusions comme définitives. Seront-elles confirmées, seront-elles infirmées par des travaux ultérieurs? Nous l'ignorons encore.

Deux hypothèses sont dès lors possibles ; M. Brocq, envisageant le même problème, les formule de la façon suivante :

« 1^o Ou bien on trouvera le micro-abcès amicro bien dans les seuls faits qui correspondent à ce que nous appelons *cliniquement* le psoriasis typique et, pour notre part, nous pensons que c'est ce qui aura lieu. Nous croyons que les micro-abcès amicrobiens coexistent avec les squames sèches et stratifiées, avec la surface rouge, lisse et luisante, et le piqueté hémorragique et, s'il en est ainsi, nous ne voyons pas trop quel avantage on peut avoir à substituer à des critères cliniques qui sont, quoiqu'on dise, objectivement, facilement et rapidement appréciables, un critérium anatomopathologique qui demande des manipulations assez longues et délicates. On doit, ce nous semble, admettre à la fois ces deux critères, clinique et histologique et, quand il en est besoin, les compléter l'un par l'autre.

2^o Ou bien on trouvera le micro-abcès amicrobien dans d'autres groupes de faits, dans ceux que nous appelons parakératoses psoriasiformes ou parapsoriasis, et alors le problème se posera dans toute son acuité : tous les faits qui ren-

trent objectivement dans les groupes précédents par suite de la présence des symptômes particuliers que nous avons schématisés, devront-ils être annexés au psoriasis parce qu'ils auront les micro-abcès amicrobiens ? » (1).

Si des recherches ultérieures nous prouvaient que les micro-abcès amicrobiens de M. Sabouraud existent dans les parakératoses psoriasiformes comme dans le psoriasis, loin de nous appuyer sur cette constatation pour faire de ces deux syndrômes une seule et même affection, comme le veut M. Sabouraud, il nous semble, au contraire, que le signe du micro-abcès perdrait, par là même, une grande partie de sa valeur. Abandonnant l'anatomie pathologique pour la clinique, nous concluons en effet, en disant qu'il nous paraît impossible d'identifier ces deux groupes de dermatoses. L'une est constitutionnelle, évolue par poussées successives, est sujette à d'incessantes récurrences, est décevante dans son évolution et rebelle quelquefois à tout traitement; l'autre n'est le plus souvent que de courte durée, n'est qu'un épiphénomène dans la vie d'un sujet, ne récidive presque jamais et donne des succès thérapeutiques presque certains.

(1) L. BROcq et J. AYRIGNAC. L'urine des psoriasiques. *Ann. de Derm. et de Syph.*, mai 1906.

CHAPITRE IX

DIAGNOSTIC LES FAITS DE PASSAGE. GRAPHIQUE DES PARAKÉRATOSES PSORIASIFORMES

Pour décrire avec précision les lésions histologiques des parakératoses psoriasiformes, nous avons été obligés de prendre pour sujet d'étude des cas types. Malheureusement, nous devons reconnaître que l'aspect objectif de ces éruptions ne se présente pas toujours avec la même netteté et nous admettons qu'entre elles et d'autres dermatoses rouges et squameuses, qu'entre elles et l'eczéma, il existe de nombreux faits de passage qui rendent impossible toute démarcation précise.

Ces faits de passage sont de deux ordres : les uns semblent vraiment être des faits de passage véritables, comme ceux qui relient les parakératoses psoriasiformes sèches ; les autres semblent être des faits d'intrication et de superposition de deux ou plusieurs dermatoses, comme ceux qui relient les parakératoses psoriasiformes aux dermatoses figurées médio-thoraciques, comme ceux qui relient le lichen simplex aux parakératoses psoriasiformes à plaque unique lichénifiée. De plus, chez un même sujet, on peut voir coïncider des éruptions qui ont, les unes, les caractères objectifs typiques d'une dermatose, les autres, les caractères typiques d'une autre dermatose : psoriasis typique et lésions de parakéra-

tose psoriasiforme (Obs. XVIII), pityriasis de Gibert et plaards de parakératose (Obs. XIV).

« Il est donc bien entendu, dit M. Brocq, que les contours des parakératoses psoriasiformes sont des plus flous et, pour en tracer le diagnostic différentiel, on est obligé de prendre des cas typiques » (1).

C'est ainsi, qu'en prenant pour exemple le psoriasis, il est possible d'observer : 1° chez un même malade, soit à des périodes différentes de son existence, soit à un même moment, en même temps, en divers points, des téguments, des éléments éruptifs qui présentent les uns l'aspect que nous considérons comme typiques du psoriasis vrai, les autres l'aspect de ce que nous décrivons sous le nom de parakératoses psoriasiformes. Ne serait-il pas logique, dès lors, d'admettre que ces parakératoses psoriasiformes ne sont que des psoriasis mal formés, des psoriasis avortés, mais qu'elles doivent en réalité être considérées comme étant du psoriasis ?

Certes, nous ne disons pas que ces faits ne puissent pas, dans un avenir prochain, rentrer purement et simplement dans une entité morbide bien définie dans sa nature réelle et qui sera le psoriasis, maladie vraie. « Nous n'en sommes pas encore, dit M. Brocq, à cette période de synthèse, nous n'en sommes qu'à la période ingrate d'analyse; et allons-nous considérer, lorsque chez un sujet il y a uniquement des lésions de parakératoses psoriasiformes, que ces cas sont des psoriasis, vrais par cela seul que cet aspect objectif si spécial, s'observe parfois concurremment chez des sujets porteurs d'éléments de psoriasis vrai ? » (2).

2° Il existe des lésions rouges et squameuses qui, par leur aspect objectif, ressemblent à des éléments de psoriasis.

(1) BROCC, *Traité de Dermatologie*.

(2) L. BROCC et J. AYRIGNAC, *Loc. cit.*

Lorsque, par le grattage néthodique, on étudie de pareilles lésions, on n'arrive pas, même en multipliant les examens sur des éléments différents à obtenir l'aspect que nous considérons comme caractéristique du psoriasis : la surface lisse, rouge et luisante n'apparaît pas nettement, la pellicule décollable ne se détache que difficilement, l'hémorragie qui apparaît ensuite, ne se fait parpar points nettement séparés comme dans le psoriasis vrai.

Ces lésions n'ayant ni le type classique du psoriasis vrai, ni le type classique des parakératoses, nous sommes amenés à y voir des faits de passage qui réunissent par des liens étroits les deux dermatoses ; et suivant que les caractères objectifs de ces éruptions les rapprochent plus du psoriasis que des parakératoses, ou inversement, nous les envisageons comme des faits de passage sur le versant du psoriasis ou des faits de passage sur le versant des parakératoses psoriasiformes.

Il en va de même pour toutes les autres dermatoses qui avoisinent notre groupe. En employant la méthode graphique, nous pensons rendre ces conceptions beaucoup plus claires : Si l'on veut bien regarder la graphique encarté dans ce chapitre, on saisira immédiatement les étroites relations qui existent entre les parakératoses psoriasiformes d'une part et les psoriasis, le pityriasis rubra pilaire, les parapsoriasis, le pityriasis simplex, le pityriasis rosé de Gibert et les eczémas, d'autre part.

Au centre, nous plaçons un amas considérable de faits intimement réunis d'une part aux psoriasis vrais : ce sont les parakératoses psoriasiformes sèches ; d'autre part, par l'intermédiaire des parakératoses eczématisées, aux eczémas vésiculeux vrais.

Tout à côté de ces premiers groupes existent deux autres groupes presque aussi importants : 1° les pityriasis simplex qui correspondent aux pityriasis en plaques, aux dartres

les séborrhéides circinées ou dermatose figurée médio-thoracique qui correspondent à l'eczéma flanellaire ou acnéique des anciens auteurs, à l'eczéma séborrhéique de Unna, etc., et qui, elles aussi, se relient intimement par d'insensibles faits de passage aux parakératoses psoriasiformes et aux psoriasis.

Tout à côté des parakératoses psoriasiformes, se trouve un autre groupe morbide des plus importants : les parakératoses péripilaires qui se relient par de nombreux faits de passage aux psoriasis péripilaires, au pityriasis rubra pileaire.

Entre les parakératoses eczématisées et les eczémas vrais, il existe un agrégat considérable de faits qui relient ces dermatoses à l'eczéma vésiculeux vrai, à ses formes nummulaires et à ses formes dites érysipélateoïdes.

Les formes circinées des parakératoses psoriasiformes sont réunies par de nombreux faits de passage au pityriasis rosé de Gibert ; les rapports sont beaucoup plus grands avec la forme circinée du pityriasis rosé qu'avec la forme maculeuse ; plus loin encore, nous plaçons le pityriasis circiné et marginé de Vidal.

Le groupe des parapsoriasis est également figuré : le parapsoriasis en plaques se relie aux parakératoses psoriasiformes, tandis que le parapsoriasis en goutte a surtout des affinités avec le psoriasis, le parapsoriasis lichenoïde se reliant aux lichens.

Dans quelques cas, les parakératoses psoriasiformes prennent une allure aiguë, extensive, gagnent toute la surface des téguments : ces faits vont vers les dermatites exfoliatrices généralisées, réunies également par de larges traits au psoriasis, par des traits plus fins aux eczémas.

Toutes les formes de parakératoses psoriasiformes peuvent se lichénifier, mais particulièrement les formes à plaque unique ou à éléments rares et ces faits se relient intimement au lichen simplex ou prurit circonscrit avec lichénification.

Telle est la physionomie générale de ce graphique, qui permet de saisir, d'un seul coup d'œil, les relations qui existent entre les quatre grands groupes de dermatoses rouges et squameuses qui s'appellent les psoriasis, les parapsoriasis, le pityriasis rosé de Gilbert, les parakératoses psoriasiformes, et qui permet en outre de se rendre compte des relations de ce dernier groupe avec les eczémas, les dermatites exfoliatrices généralisées, le lichen simplex, etc.....

CHAPITRE X

ETIOLOGIE

Nous rangeons les parakératoses psoriasiformes dans les réactions cutanées, car nous ne connaissons pas de cause directe qui engendre ces affections.

Il est possible, et l'avenir le prouvera peut-être, que ces dermatoses soient d'origine microbienne. De même que pour l'eczéma, de même que pour le psoriasis, nous ne sommes pas encore autorisés, à l'heure actuelle, à accepter sans réserves les théories qui veulent faire de ces lésions des affections locales. Nous ne savons pas s'il s'agit d'un microbe spécifique ou s'il s'agit d'associations microbiennes, de microbes banaux qui existent normalement à la surface de la peau.

Le jour où il sera prouvé qu'un seul et même microbe est la cause de l'eczéma et des faits que nous décrivons sous le nom de parakératoses psoriasiformes, il faudra bien reconnaître que la même cause peut produire des lésions objectives différentes.

Même si un microbe pathogène joue un rôle dans la production de tous ces faits, « l'expérience clinique, dit M. Brocq, est là pour nous apprendre qu'il y a des conditions diverses qui facilitent l'évolution du parasite. Ce sont ces circonstances auxquelles Unna a heureusement donné le nom d'amé-

liorations du terrain et, ce qui résulte de ceci, c'est que pour nous l'étiologie de ces états morbides est, dans la majorité des cas, d'une extrême complexité et cela même en dehors des associations microbiennes qui peuvent venir encore compliquer la scène morbide. Nous proposons dès lors, pour tâcher de préciser les idées, de donner le nom de *dominante étiologique* à la cause qui semble jouer le rôle prédominant dans la genèse de l'affection, cette dominante étiologique pouvant varier chez un même sujet suivant les circonstances du moment. »

La dominante étiologique dans les parakératoses psoriasiformes, dans tous les cas que nous avons observés, nous a paru complexe, et nous pensons qu'en dehors de la réaction individuelle, il est difficile, le plus souvent, de trouver la cause qui a engendré la maladie.

La nature réelle étant totalement inconnue, nous admettons parfaitement que ces affections soient rangées dans les affections diathésiques, c'est-à-dire au nombre des dermatoses qui semblent résulter des prédispositions individuelles en tant que causes premières, qui sont « l'expression de l'individu ». C'est dire que des facteurs multiples interviennent qui proviennent pour la plupart du malade lui-même et résultent de la viciation de ses tissus, des auto-intoxications qui se produisent grâce à un mauvais fonctionnement de ses divers organes, foie, tube digestif, filtre rénal, diverses glandes et organes de sécrétion interne, de certaines intoxications et de certaines infections générales.

Nous rangeons donc les parakératoses psoriasiformes dans les réactions cutanées pouvant se développer sous l'influence de quantité de causes occasionnelles, souvent même sans cause occasionnelle appréciable, sous la seule influence d'un trouble de la santé générale ; et, dans leur évolution, elles semblent se conduire comme l'eczéma, surtout comme le psoriasis.

Comme dans le psoriasis, en effet, nous pensons que parfois il faut incriminer la vie sédentaire, l'abus de l'alimentation carnée. Bien souvent, chez certains sujets, un changement de vie, des écarts de régime, un choc nerveux violent, engendrent ces affections ou les aggravent.

De même que dans le psoriasis, nous croyons à l'influence très grande des glandes à sécrétion interne, et en particulier du corps thyroïde. Avec M. Léopold-Lévi, nous avons vu des malades, en état d'hypo ou d'hyperthyroïdie, être très améliorés par le traitement glandulaire, et nous rapporterons, à la fin de ce travail, deux observations vraiment démonstratives. Nous croyons également qu'une syphilis antérieure peut être la cause occasionnelle du développement de ces affections : c'est ainsi que, chez d'anciens syphilitiques, nous avons vu le traitement spécifique agir sur des lésions cutanées qui n'étaient certes pas des lésions syphilitiques.

Enfin, dans un cas malheureusement unique, nous avons pu soupçonner que la tuberculose était en cause. Chez ce malade, qui présentait des lésions typiques de parakératose psoriasiforme à type de pityriasis rose de Gibert, avec M. Pautrier nous avons pratiqué une biopsie pour connaître l'histologie de ce type morbide : nous avons trouvé des lésions dermiques pouvant nous faire penser à la tuberculose (formation tuberculoïde, cellules géantes). L'intra-dermo-réaction fut nettement positive, et l'évolution clinique de l'affection nous confirma dans notre opinion. Notre malade, après disparition de sa lésion cutanée, présenta des symptômes nets de tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë, de péricardite ; l'affection évolua ensuite par des symptômes de tuberculose pulmonaire.

Sur cette seule observation, nous ne voulons nullement faire des parakératoses psoriasiformes des tuberculides ; nous devons reconnaître cependant que les faits que les auteurs ont décrits, sous le nom d'eczéma scrofulosorum, peu-

vent, dans certains cas, prendre l'aspect objectif des paraké-ratoses psoriasiformes.

Mais, le plus souvent, nous le répétons, il est impossible de trouver une étiologie précise, ou plutôt de nombreux facteurs paraissent être en cause. C'est en étudiant minutieusement l'état général du sujet, que l'on arrivera souvent à résoudre le problème.

CHAPITRE XII

TRAITEMENT

Traitement général. — Ce que nous venons de dire de l'étiologie des parakératoses psoriasiformes, nous montre dans quel sens il faut s'orienter pour instituer un traitement général dans ces dermatoses.

Particulièrement, quand on a affaire à des éruptions fortement prurigineuses et qui ont tendance à s'eczématiser, le traitement général a une grande importance. Il faut prescrire un régime alimentaire sévère, végétarien ou lacto-végétarien, surveiller les fonctions digestives, régulariser les garde-robes, examiner les urines pour s'assurer que les éliminations rénales ne sont pas insuffisantes. Il faut, en un mot, rechercher la dominante étiologique pour instituer un traitement rationnel.

Dans les formes sèches et torpides, les préparations arsenicales semblent rendre des services ; elles seront absolument contre-indiquées dans les formes aiguës, inflammatoires, suintantes, érythrodermiques.

Enfin, nous insistons sur l'importance que nous attachons à étudier avec soin l'état des glandes vasculaires sanguines, du corps thyroïde en particulier. La médication thyroïdienne, employée à des doses faibles et fractionnées, nous a semblé, comme dans le psoriasis, donner d'excellents résultats.

Traitement local. — Il est certain néanmoins que le traitement local joue un rôle prépondérant dans ces dermatoses ; il est variable suivant les formes.

Dans les formes sèches, celles où le grattage méthodique ne nous a montré ni vésiculation, ni exosérose d'emblée, on peut appliquer des réducteurs forts. Ces formes seront justiciables, comme le psoriasis, de savonnages quotidiens ou bi-quotidiens, faits avec de l'eau bouillie dans laquelle on mettra un peu de borate de soude et du savon au goudron, au naphthol, au soufre ; ensuite on appliquera une des pommades indiquées plus loin, des préparations mercurielles, des préparations soufrées, des préparations contenant une faible dose de résorcine, des préparations à l'ichtyol ou au goudron ; la pommade suivante, par exemple, qui nous a donné de bons résultats :

Ichtyol.....	4 grammes
Goudron purifié.....	2 grammes
Oxyde de zinc.....	} àà 8 grammes
Lanoline.....	
Vaseline.....	12 grammes.
F. S. A.	

Puis, peu à peu, si la maladie persiste, on aura recours à des topiques plus forts : les préparations au calomel, à l'oxyde jaune, au turbith minéral (au 1/40 ou au 1/20), pures ou associées à l'huile de cade, réussissent d'ordinaire fort bien dans ces affections. Il en est de même des pommades composées du type suivant :

Acide salicylique.....	1 gramme
Acide pyrogallique.....	3 grammes
Ichtyol.....	} àà 6 grammes
Goudron.....	
Excipient.....	40 grammes
F. S. A.	

Lorsque les lésions siègent sur le cuir chevelu, il faut recommander des savonnages quotidiens avec un savon au goudron ou un savon liquide à l'huile de cade, et faire des massages journaliers du cuir chevelu avec des préparations au goudron ou des préparations mercurielles, avec la pommade suivante par exemple :

Oxyde jaune de mercure...	0,75 centigr.
Goudon purifié.....	2 grammes
Baume du Pérou.....	aa 0,60 centigr.
Savon noir.....	
Vaseline pure.....	20 grammes
F. S. A.	

Lorsqu'il s'agit de formes eczématisées, ou de formes ayant tendance à se vésiculiser, quand le grattage méthodique a montré qu'il existait sur les lésions de l'exosérose en nappe ou des points d'exosérose, le principe général qui doit guider le médecin, est qu'il faut tâter la tolérance des téguments, recourir à des préparations relativement faibles, puis employer des topiques plus forts, s'ils sont nécessaires et tolérés.

Dans la majorité des cas, quand il s'agit de formes très inflammatoires, ce qui convient le mieux au début, ce sont les pansements à sec avec des poudres inertes : amidon, lycopode, poudre de talc. On pourra avoir recours, surtout si les lésions sont très prurigineuses, aux topiques de l'eczéma vulgaire : simples pansements à l'eau bouillie, cataplasmes de fécule froids, axonge, cold-cream frais, pâtes épaisses à l'oxyde de zinc.

Dans les formes franchement eczématisées et suintantes, c'est encore le traitement de l'eczéma vésiculeux vrai que l'on peut employer et, particulièrement, on peut faire une ou deux applications de goudron de houille brut lavé ; ces applications sèchent les lésions, mais ne la guérissent pas.

Lorsque les placards ne sont plus enflammés, on a recours aux agents réducteurs que nous avons mentionnés plus haut.

Dans les parakératoses des plis, il est souvent utile de faire des badigeonnages tous les jours ou tous les deux jours, suivant la tolérance des tissus, avec des solutions de nitrate d'argent, variant comme titre du 1/100 au 1/10. Puis on panse à sec avec de la poudre de talc, ou bien on applique de la pommade à l'oxyde de zinc ou de la pommade à l'ichtyol :

Ichtyol.....	2 grammes
Oyde de zinc.....	} à 6 grammes
Lanoline.....	
Vaseline pure.....	8 grammes
F. S. A.	

Mais souvent, même si les lésions sont suintantes et enflammées, pour obtenir la guérison, il ne faut pas craindre l'emploi de réducteurs forts comme le goudron, le soufre, la résorcine, l'acide pyrogallique, en tâtant la tolérance des téguments. Ces préparations sont souvent admirablement supportées et nous insistons sur ce fait pour montrer que, même dans le traitement, les parakératoses psoriasiformes diffèrent de l'eczéma vésiculeux vrai.

OBSERVATIONS

Observation 1

Parakératose psoriasiforme sèche à plaques multiples disséminées.

M^{me} M. ..., âgée de 43 ans, ménagère, entre dans le service le 7 juin 1909. Salle Rayer. Lit n° 29.

Cette malade vient se faire soigner pour une éruption généralisée datant de quatre mois environ. Le début s'est fait sur le cou ; les lésions, caractérisées d'abord par de la rougeur, de la desquamation, se sont étendues en nappe et ont gagné le cuir chevelu, le dos, la poitrine, les membres. En trois semaines, l'éruption fut généralisée. La malade affirme que d'abord chaque élément était isolé et était de la grandeur d'un pois ou d'une pièce de vingt centimes. Ce n'est que secondairement que, par confluence des éléments primitifs, se sont formés les larges placards que nous constatons aujourd'hui.

De la grandeur d'une paume de main, ces placards ont des bords assez nettement limités, ils sont rouges, à peine infiltrés et sont recouverts de squames peu épaisses surtout abondantes à la périphérie de chaque élément, elles sont blanches et un peu nacrées. Tous les placards occupent les surfaces planes ; dans les différents plis, il n'y a pas de lésions cutanées.

Le grattage méthodique, pratiqué sur des éléments différents, nous donne des résultats constants : squames assez adhérentes, pas stratifiées, pas de pellicule décollable, purpura premier et progressif, pas d'exosérose, pas de suintement. Au quarantième coup de curette, hémorragie. Toutes ces lésions ne sont accompagnées que d'un prurit léger et il n'y a aucune trace de lichénification.

Diagnostic clinique. — Parakératose psoriasiforme sèche, sans tendance à la vésiculation. Ce diagnostic est confirmé par l'examen his-

tologique que nous pratiquons sur un petit élément squameux du bras

La lésion est extrêmement superficielle, presque sans aucune trace de réaction dermique.

Au point de vue épidermique, on ne trouve même pas d'acanthose et la parakératose elle-même ne se retrouve que de place en place, parakératose absolument sèche, avec quelques noyaux en bâtonnet, sans le moindre leucocyte ; pas d'œdème, ni de spongiose dans le corps muqueux.

Observation II

*Parakératose sporiasiforme. — Plaques multiples disséminées
Éléments pseudo-papuleux*

Le nommé René M..., typographe, âgé de 29 ans, vient consulter M. le docteur Brocq, au mois d'octobre 1909, pour une éruption datant d'un an environ. Dans ses antécédents, il n'y a rien de bien particulier à noter, sauf qu'il est sujet à avoir du prurit sans lésion cutanée visible ; il est extrêmement nerveux et est un intoxiqué caféique.

En octobre 1908, au retour d'une période de 28 jours, il voit apparaître, sur sa poitrine, une éruption extrêmement prurigineuse qui s'étendit rapidement à toute la surface du corps. Il consulte un médecin qui porte le diagnostic de syphilis, et est soigné pendant trois mois par des pilules de protoiodure. N'ayant aucune amélioration, il consulte un autre médecin qui porte le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert, et qui le soigne par des applications de pommade à l'oxyde de zinc. Le prurit devient plus marqué, les lésions s'étendent encore, finalement il vient consulter à l'hôpital Saint-Louis.

L'éruption, que présente ce malade, a deux types différents. Nous constatons de larges plaques irrégulières de forme, à bords déchiquetés, d'un rouge bistre, siégeant particulièrement au cou, au front, sur le dos et les membres. Ces plaques, qui ne sont pas infiltrées, sont recouvertes d'un enduit squameux peu épais qui, lorsqu'on le frotte, se détache en une poussière furfuracée. En second lieu, sur les intervalles de peau saine et sur les plaques elles-mêmes, nous voyons de petits éléments pseudo-papuleux d'un rouge plus vif, légèrement infiltrés, de la grosseur d'un pois et recouverts de squames plus abon-

dantes, beaucoup plus adhérentes. Ces éléments maculeux siègent particulièrement sur les membres; on en retrouve quelques-uns sur le devant de la poitrine et sur le dos. Ils ressemblent beaucoup plus à des éléments de psoriasis.

Le grattage méthodique, pratiqué sur ces deux variétés de lésions, nous donne des résultats constants. Purpura premier et progressif dès le trentième coup de curette, pas d'exosérose, pas de pellicule décollable. L'hémorragie, qui se produit secondairement, est tardive et se fait par points isolés et irréguliers.

Sur des papules recouvertes de squames plus épaisses, blanches et nacrées, nous avons du purpura périphérique avant que les squames ne soient enlevées; ce purpura devient plus manifeste, lorsque les squames sont tombées et, aussitôt après, nous avons de l'hémorragie.

Le diagnostic clinique est parakératose psoriasiforme en plaques disséminées avec des éléments pseudo-papuleux. Lésions absolument sèches. Ce diagnostic est confirmé par une biopsie que nous faisons sur un élément de la face antérieure du bras.

L'enduit squameux est assez épais et est formé par des couches cornées parakératosiques. L'aspect pseudo-papuleux est dû, à peu près uniquement, à une prolifération épidermique et non à un infiltrat dermique important. La lésion est essentiellement constituée par une prolifération légère du corps muqueux, sain dans ses parties profonde et moyenne, légèrement altéré dans ses couches les plus superficielles où il présente l'altération cavitaire de Leloir, une absence presque totale de la granuleuse, une couche cornée hyperkératosique et parakératosique; une absence totale d'œdème, de spongieuse, de tendance à la vésiculation. Il semble s'agir d'une parakératose psoriasiforme sèche, absolument typique sans exosérose et presque sans exocytose, et affectant un type remarquablement uniforme dans toute l'étendue de la lésion. (Pl. I. fig. 1)

Traitement.—Pâte de zinc à l'ichtyol, puis pommade ichtyol-goudron et enfin glycerolé cadique faible, qui est très bien supporté. Un régime végétarien calme le prurit.

Au bout de deux mois de traitement, le malade, très amélioré, cessa de venir consulter.

Observation III*Parakératose psoriasiforme sèche.*

Le nommé Marius S..., garçon de café, âgé de 19 ans, entre à l'hôpital, salle Lailler, lit n° 19, le 12 novembre 1909.

Le début de son affection cutanée remonte à 11 ans. A cette époque, à la suite d'une frayeur, dit-il, le malade voit apparaître une éruption généralisée, caractérisée par des taches et des macules, ayant abondamment desquamée. Il entre à l'hôpital Saint-Louis où il est soigné par des bains et des pommades au goudron. Il sort, après un mois de traitement, complètement guéri.

Deux ans après, nouvelle poussée, survenue spontanément; l'éruption siège surtout sur les membres au voisinage des plis de flexion. Le malade se traite lui-même par des bains et des pommades à base de goudron. Depuis cette époque, l'éruption n'a jamais disparu complètement; sans cesse apparaissent des lésions rouges et squameuses, surtout pendant l'hiver. Il ne s'agit pas d'une éruption stable avec éléments fixes, mais d'une affection évoluant par poussées successives, tantôt sur une place, tantôt sur une autre, sur les membres et le thorax. Les démangeaisons sont assez vives, entraînent un grattage violent, surtout au moment des poussées, c'est-à-dire l'hiver.

Actuellement, l'éruption est généralisée, mais plus marquée sur les membres que sur le dos et la poitrine; nous trouvons encore quelques lésions sur la face; le cuir chevelu est indemne.

Chaque élément est une macule, de grandeur variable, recouverte de squames peu épaisses. Les éléments les plus petits, ceux qui semblent représenter les lésions élémentaires, siègent sur les membres; ils ont les dimensions d'une grosse tête d'épingle blanche; de couleur faiblement rosée, absolument plans, ne faisant aucune saillie au-dessus des téguments, ne donnant aucune sensation d'infiltration, ils ne sont pas recouverts d'un enduit squameux apparent, mais présentent, en surface, un épiderme légèrement plissé.

Au grattage, sous l'action de la curette, on voit cependant qu'il existe une squame extrêmement fine, assez adhérente. Avant même qu'elle ne soit détachée complètement, vers le vingtième coup de curette, apparaît un point de purpura très net: pas de pellicule décollable, pas de surface lisse, rouge et luisante.

Sur un élément plus grand et plus avancé, ayant les dimensions d'un pois, de couleur rouge rosée et dont l'épiderme paraît craquelé, fendillé et très légèrement squameux et dont les contours sont assez peu nets et ne donnent aucune sensation d'infiltration et de surélévation, nous pratiquons le grattage méthodique. Nous enlevons un léger enduit squameux et vers le trentième coup de curette, il se produit de l'hémorragie, sans que nous ayons enlevé une pellicule d'un seul lambeau. Il en va de même pour d'autres éléments maculeux plus volumineux et confluent par place.

Nous portons donc le diagnostic de parakératose psoriasiforme sèche du type maculeux. Une biopsie, faite sur un petit élément de l'avant bras gauche, nous montre des lésions histologiques très distinctes de celles du psoriasis : pas de micro-abcès amicrobiens, les papilles sont irrégulières et n'affleurent pas l'épiderme, la ligne dermo-épidermique forme un feston irrégulier, il y a une infiltration périvasculaire assez marquée au niveau des papilles et un peu d'œdème papillaire.

Il s'agit d'une lésion essentiellement sèche ; nous appliquons, d'emblée, de la pâte de zinc à l'ichtyol, puis de la pommade ichtyol-goudron qui est très bien tolérée. Le malade quitte le service au bout de quatre semaines très amélioré.

Observation IV.

Parakératose psoriasiforme ayant tendance à se vésiculiser. — Biopsie.

Le nommé R..., âgé de 23 ans, entre à l'hôpital le 6 Juin 1909, salle du Castel, lit n° 8, pour une éruption généralisée squameuse et prurigineuse, caractérisée par des plaques occupant surtout le dos, la poitrine et les membres ; la face, le cou, le cuir chevelu sont respectés. Les éléments sont de grandeur variable, les uns de la grosseur d'une tête d'épingle, nettement péripilaires, d'autres de la grosseur d'un pois, d'autres enfin forment des plaques recouvertes de squames, blanches, nacrées, peu épaisses, mais ayant quelques-unes un aspect stratifié qui pourrait faire penser qu'il s'agit d'éléments de psoriasis typique. Le grattage méthodique, pratiqué sur un élément en apparence jeune, nous donne les résultats suivants : purpura premier et progressif dès le vingtième coup de curette, avant même que les squames soient complètement détachées. Au trentième coup de curette, en appli-

quant du papier de soie, on voit par quatre petits points isolés, sourdre un peu de sérosité. Au quarantième coup de curette, hémorragie.

Le diagnostic clinique est parakératose psoriasiforme ayant tendance à se vésiculiser. Ce diagnostic nous est confirmé par une biopsie que nous pratiquons, à la face antérieure du bras droit, sur un petit élément squameux.

Celle-ci nous montre une superficialité absolue des lésions qui, au point de vue histologique, sont caractérisées essentiellement par une légère parakératose, l'absence totale de toute formation rappelant le micro-abcès psoriasique, enfin par la présence dans le derme, de nombreux foyers de spongieuse n'aboutissant en aucun point à une formation même pseudo-vésiculaire, mais arrivant de place en place jusqu'aux couchés les plus superficielles du corps muqueux, immédiatement en-dessous de la couche cornée, ce qui nous explique les points d'exosérose observés par le grattage.

Observation V.

Parakératose psoriasiforme. — Plaques multiples disséminées : les unes ayant tendance à se vésiculiser, d'autres eczématisées, d'autres lichénifiées.

Le nommé Christian Z..., âgé de 23 ans, entre dans le service de M. le Dr Brocq, le 25 juin 1909, salle du Castel, lit n° 5, pour des lésions cutanées rouges et squameuses, siégeant sur la poitrine, sur le cou, particulièrement sur les membres supérieurs et les membres inférieurs.

Le début de l'affection remonte à deux mois environ. La lésion initiale a siégé sur le bras gauche; d'après les renseignements peu nets que nous avons pu obtenir, elle aurait été caractérisée par un petit placard rouge et squameux, à certains moments, légèrement suintant. Cette lésion était extrêmement prurigineuse; très rapidement, elle a pris de l'extension et a gagné presque toute la face postérieure de l'avant-bras. D'autres plaques similaires ont apparu ensuite sur le bras droit; d'abord discrètes, elles ont augmenté de volume.

En troisième lieu, ce furent les jambes qui furent atteintes et, finalement, la face antérieure de la poitrine, le dos, la face et le cou. Ces lésions sont les dernières en date et auraient apparu il y a deux se-

maines environ. Elles semblent représenter les lésions premières, la lésion jeune : ce sont celles que nous allons décrire en premier.

Nous prenons comme type de description un élément qui siège dans la région présternale, à droite de la ligne médiane, élément qui a les dimensions d'une pièce de un franc et qui n'est pas enflammé.

Cette plaque, un peu irrégulière de forme, a des limites assez précises. Elle a une coloration jaune rouge, un peu bistre : elle est recouverte de squames blanches, légèrement nacrées, assez épaisses et assez adhérentes.

Par le grattage, on arrive, assez facilement cependant, à détacher les squames, mais celles-ci ne viennent que par petits éléments furfuracés.

Vers le trentième coup de curette, apparaissent quelques points de purpura, mais il est impossible d'obtenir une pellicule décollable.

Vers le soixantième coup de curette, on voit apparaître un peu de sérosité, sérosité qui suinte au niveau de trois petites vésicules ouvertes. Au quatre-vingt-dixième coup de curette, il y a de la sérosité en nappe et, en continuant le grattage, il se produit de l'hémorragie. Cette lésion ne s'accompagne d'aucun prurit.

Sur la face antérieure de la poitrine, sur les dernières côtes, à droite de la ligne médiane, existe un autre placard plus grand, plus allongé, beaucoup plus irrégulier de forme, qui a des caractères un peu différents. Sa couleur est beaucoup plus rouge, il est plus enflammé, les squames sont beaucoup moins épaisses. Le grattage méthodique donne, sur ces lésions, des points d'exosérose beaucoup plus rapidement que sur le premier élément; la lésion est également plus prurigineuse.

Des éléments analogues existent sur le dos, particulièrement dans la région interscapulaire, sur la ceinture.

A la face, dans les régions auriculaire et rétro-auriculaire, les lésions sont caractérisées par de la rougeur diffuse, plus marquée en certains points. Dans les plis rétro-auriculaires, il y a un suintement abondant.

Sur les sourcils et sur les joues, les placards, au contraire, sont absolument secs; de coloration rouge pâle, ils sont recouverts de squames minces et qui se détachent facilement. Les lésions de la face ne s'accompagnent d'aucun prurit.

Sur les membres inférieurs, les placards présentent quelques petites

particularités : ils occupent la face antérieure des cuisses, les genoux, la face antérieure des mollets. Irréguliers de forme, caractérisés par une rougeur diffuse et recouverts de squames peu épaisses, ils reposent sur une infiltration dermique très marquée. Ils sont extrêmement prurigineux et il existe des signes manifestes de lésions de grattage. Ces lésions commencent à se lichénifier et le grattage méthodique nous montre que le purpura apparaît beaucoup plus tardivement que sur d'autres éléments.

Enfin, sur les membres supérieurs, les éléments éruptifs occupent surtout la face postérieure des bras, les avant-bras et un peu la face antérieure des poignets. Ils forment de larges placards nummulaires, rouges, suintants, recouverts d'un enduit cireux, collant au contact. En certains points, les lésions sont craquelées et laissent sourdre un liquide visqueux; elles sont beaucoup plus épaisses, plus indurées; il existe aussi quelques plaques dures, rugueuses, sillonnées de quadrillages plus ou moins complets et très irréguliers, montrent qu'il y a aussi, à ce niveau, un début de lichénification. L'intensité beaucoup plus grande de l'eczématisation sur les avant-bras s'explique facilement, car le malade, malgré ses lésions cutanées, a continué à exercer jusqu'à son entrée à l'hôpital, sa profession de boulanger.

En résumé, il s'agit d'éléments éruptifs ayant tous les caractères objectifs d'une parakératose psoriasiforme ayant tendance à se vésiculer en certains points, eczématisée et tendant à se lichénifier en d'autres points.

Sur ce malade, nous faisons deux biopsies :

La première sur un élément très légèrement squameux siégeant sur la face antérieure de l'avant-bras et ayant une apparence sèche.

Histologiquement, la lésion paraît, d'une façon quasi absolue, uniquement épidermique, et le derme est totalement sain et ne montre même pas ces légers foyers d'infiltration, que l'on rencontre d'une façon presque banale, dans les foyers d'inflammation cutanée.

Les lésions épidermiques sont caractérisées par une parakératose très peu prononcée et qui manque totalement en certains points; de place en place, on trouve simplement quelques feuilletés cornés en voie d'exfoliation.

Dans les régions superficielles du corps muqueux, nous trouvons des lésions de spongieuse, d'œdème intercellulaire avec tiraillement des

cellules et dissociation de celles-ci par de la sérosité; en aucun point, nous ne trouvons de vrais vésicules eczématisées pleinement développées. Sur d'autres points, au contraire, le corps muqueux est à peu près normal avec persistance de la granuleuse et couche cornée simplement un peu hyperkératosique, sans parakératose. Les lésions ne sont donc pas homogènes, elles sont irrégulièrement distribuées.

La deuxième biopsie est faite sur le rebord d'une plaque rouge, partiellement recouverte de croûtelles, donnant spontanément de la sérosité par grosses gouttes. La lésion est encore ici essentiellement épidermique; elle acquiert cependant une intensité beaucoup plus grande et, en particulier, les phénomènes de spongieuse, d'exosérose et de vésiculation prennent une importance capitale et, parallèlement à ces réactions inflammatoires, le derme réagit par une infiltration d'intensité modérée.

L'hypéracanthose est d'une façon générale très marquée et, au-dessus du corps muqueux épaissi, on trouve une couche cornée parakératosique formant une sorte de disque lenticulaire, dans lequel, en plus des noyaux en bâtonnets, on trouve un véritable lit de noyaux leucocytaires agglomérés; il s'agit vraisemblablement d'une ancienne vésicule en voie d'élimination. Au fur et à mesure que l'on s'approche de la partie centrale de la coupe, on voit la spongieuse et la vésiculation augmenter d'intensité, d'énormes blocs de sérosité enclavés entre des lamelles parakératosiques, des vésicules franches remplies de sérosité et enfin de nombreux points de spongieuse dans tous le corps muqueux qui est transformé en une véritable éponge dans laquelle les parties claires, remplies de sérosité, sont presque aussi abondantes que les mailles formées par les cellules malpighiennes restantes, tiraillées en tout sens. Ajoutons que, dans toutes ces régions ainsi envahies par l'exosérose, on trouve une exocytose abondante, les polynucléaires, qui la constituent, se collectant à la surface et se mêlant à la sérosité pour former une croûte sereuse, (Pl. I. fig. 2 et Pl. II. fig. 1).

Ces deux biopsies nous montrent donc bien que les lésions, présentées par notre malade, sont de deux sortes, les unes ayant tendance à se vésiculer, les autres étant franchement eczématisées.

Nous signalons de plus ce fait que notre malade présente des altérations des glandes à sécrétion interne. Il est infantile et cryptorchide et a une agénésie pilaire presque complète. Le cou est plutôt développé et il semble que le corps thyroïde est augmenté de volume.

M. Léopold-Lévi, qui l'a examiné, lui a donné des cachets d'orchitine et des cachets d'extrait de corps thyroïde à la dose de 0,025 millig. par jour. Sous l'influence de ce traitement, l'état général du malade s'est rapidement transformé et concurremment l'affection cutanée s'est améliorée et le malade quittait l'hôpital après un mois de traitement, en bonne voie de guérison.

Observation VI.

Paratkératose psoriasiforme. — Plaques multiples disséminées ayant tendance à se vésiculariser. — Instabilité thyroïdienne à maximum d'hypertyroïdie.

M^{me} G..., 41 ans, vient consulter M. le Dr Brocq le 4 octobre 1910, pour une éruption généralisée, accompagnée d'un prurit violent. L'affection date de six semaines; elle a débuté sur les membres supérieurs par des taches de la grandeur d'une pièce de 50 centimes ou de 1 franc et, petit à petit, a gagné le dos, la poitrine, les membres inférieurs; les lésions de la face sont les dernières en date. Les éléments, d'abord simplement érythémateux, se sont modifiés depuis trois semaines environ, ils se sont recouverts de squames peu adhérentes que la malade enlevait facilement en se grattant. Elle consulte en ville et applique une pommade dont elle ne connaît pas la composition. Il n'y a aucune amélioration; au contraire le prurit devient plus violent et, particulièrement à la face et derrière les oreilles, les lésions, qui étaient absolument sèches, deviennent légèrement suintantes. C'est alors qu'elle vient à l'hôpital Saint-Louis.

L'éruption est absolument généralisée et est caractérisée par de larges placards érythémato-squameux, de forme variable; par confluence d'éléments primitifs, sur le dos, la poitrine et les membres, on voit de larges plaques de la grandeur d'une paume de main à bords polycycliques, assez nettement arrêtés. A côté de ces larges éléments, il existe des éléments beaucoup plus petits; les uns de la grosseur d'un pois; d'autres de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, quelques-uns franchement arrondis, nummulaires. Il y a également des lésions sur la face; presque tout le front est occupé par un large placard qui gagne même la région des sourcils. Le cuir chevelu est également atteint; sur la bordure des cheveux, on voit des plaques rouges recouvertes de squames blanches, adhérentes, un peu nacrées.

Derrière les oreilles, il existe des placards rouges et squameux qui se prolongent dans le pli rétro-auriculaire; dans le pli même, les lésions sont légèrement suintantes.

Les éléments des membres inférieurs, qui sont également de larges plaques, siègent sur les faces antérieure et interne des cuisses, sur les faces antérieure et postérieure des jambes; ils présentent une particularité très nette. Ils sont beaucoup plus rouges, d'une coloration lie de vin, franchement purpuriques; la rougeur ne s'efface pas à la pression. Cette coloration purpurique des lésions est due à ce que le malade a des varices extrêmement développées.

L'examen des éléments, siégeant sur la poitrine et sur les membres supérieurs, nous donne les résultats suivants: nous pratiquons, sur un élément jeune, rouge et squameux, le grattage méthodique. Les premiers coups de curette enlèvent des squames peu adhérentes, peu épaisses, un peu nacrées, à peine stratifiées. Vers le vingtième coup de curette, alors que presque toutes les squames sont détachées, nous voyons apparaître trois points de purpura qui augmente, lorsque nous continuons à gratter. Au trentième coup de curette, en appliquant une feuille de papier de soie, apparaissent quelques petits points exosérotiques nettement séparés, montrant que de minuscules vésicules ont été ouvertes. Au cinquantième coup de curette, se produit de l'hémorragie.

Le grattage d'autres éléments semblables nous donne des résultats identiques.

Sur les membres inférieurs, la résistance de la peau est beaucoup moindre; presque immédiatement, il se produit du purpura. Sur le front au contraire, ce n'est qu'au soixantième coup de curette que l'on voit le purpura, car ici la lésion, qui est extrêmement prurigineuse, commence à se lichénifier.

Derrière les oreilles et dans le pli rétro-auriculaire, d'emblée, le grattage méthodique montre de l'exosérose en nappe nous confirmant que, dans le pli, la lésion est eczématisée.

En résumé, le grattage méthodique nous permet de poser la diagnostic objectif de parakératose psoriasiforme à plaques multiples disséminées. Les placards éruptifs, en apparence secs, ont tendance à se vésiculiser. Dans les plis rétro-auriculaires, les lésions sont franchement eczématisées.

L'état général de cette malade est mauvais, et explique pourquoi ces lésions s'accompagnent d'un prurit violent. Elle est extrêmement nerveuse et, de plus, suit un mauvais régime (charcuterie, mets épicés, café plusieurs fois par jour). Elle a, après les repas, de la congestion faciale, les digestions sont longues et pénibles, elle est très constipée.

M. Léopold-Lévi, qui l'a examinée, nous a remis une note dans laquelle il pose, chez cette malade, le diagnostic d'instabilité thyroïdienne à maximum d'hyperthyroïdie. Extrêmement nerveuse, elle a des tremblements des paupières, une exophtalmie légère, un corps thyroïde volumineux ; elle a des étouffements et son pouls bat 116.

Traitement. — Nous mettons la malade à un régime sévère ; localement nous faisons appliquer de la pommade à l'ichtyol sur le corps, sur la face de la pâte de zinc simple.

M. Léopold-Lévi donne de plus à prendre, dans la semaine, quatre cachets de 0,025 milligrammes d'extrait glandulaire thyroïdien.

11 octobre. — Nous constatons déjà une amélioration sensible, surtout au point de vue de l'état général. Le traitement institué a surtout agi sur le prurit qui a presque complètement disparu.

Localement les lésions sont moins rouges et ne sont presque plus squameuses. Le grattage méthodique nous montre que la lésion a rétrogradé, quant à sa tendance à se vésiculiser. Il nous faut donner 60 coups de curette environ, avant de voir apparaître de minuscules points exosérotiques.

27 octobre. — L'amélioration continue, tant au point de vue local que général. Il ne persiste qu'une légère teinte rosée sur les éléments de la face, du dos et de la poitrine. Seuls les placards des membres inférieurs conservent leur teinte purpurique.

2 novembre. — La malade est en bonne voie de guérison et cesse de venir nous voir.

Dans cette observation, il semble bien que le traitement par l'extrait glandulaire du corps thyroïde a eu une grande efficacité : il a amélioré l'état général, a agi surtout sur le prurit, a régularisé les fonctions digestives.

Observation VII.

*Parakératose psoriasiforme ayant tendance à se vésiculiser.
Lichénification diffuse.*

Le nommé P..., employé des postes, entre à l'hôpital, salle du Castel, lit n° 18, le 13 mai 1910.

Agé de 24 ans, il n'a jamais fait aucune maladie. Ses parents sont vivants et bien portants. Le malade est le seul survivant sur douze enfants ; les onze autres sont morts en bas âge, entre 1 et 3 ans.

Le malade fait remonter sa maladie de peau actuelle à sa sortie du régiment. Il eut, à ce moment là, une plaie à la jambe, à la suite de laquelle se développe une lésion suintante du mollet gauche, l'immobilisant deux mois à l'hôpital. C'est à la suite de cette plaie que commencent à apparaître dans la région du dos, des placards éruptifs qui augmentèrent peu à peu de nombre ; secondairement d'autres éléments se développent sur les bras et la poitrine. Il y a un an environ que la dermatose a pris l'aspect qu'elle présente aujourd'hui.

L'éruption occupe tout le thorax, descend jusqu'à l'ombilic, s'étale sur la région des épaules, occupe tout le dos jusqu'à la région lombaire, occupe les bras et les avant-bras.

Dans toutes ces régions, on trouve des lésions d'aspect variable, se présentant avec les types suivants :

Sur les avant-bras, les lésions sont peu nombreuses ; elles consistent en taches irrégulièrement arrondies, ayant les dimensions d'un gros pois, où d'une pièce de 0,20 centimes ; de couleur rosée à bords assez nets, l'épiderme, à leur surface, ne présente aucune trace de desquamation, mais il est légèrement plissé ; quelquefois sur les bords, on trouve une sorte de léger liseré de couleur un peu plus rouge.

Au toucher, on a une sensation d'infiltration légère ou plutôt de léger œdème, rappelant celui d'une plaque d'urticaire ; ces lésions sont du reste susceptibles, sous l'influence de frottements, de rougir légèrement, de gonfler et de prendre un aspect assez légèrement urticarien. Au pourtour de ces plaques, on trouve des lésions minuscules de la grosseur d'une petite tête d'épingle blanche, de couleur rosée, faisant une très petite saillie rappelant celle des lésions élémentaires de l'eczéma papulo-vésiculeux, mais sans vésicules. Sur les bras, l'éruption devient plus abondante et confluyente ; on trouve des nappes diffuses, étalées, sans contours nets, caractérisées par une pigmentation jaune brunâtre. Sur le fond de pigmentation, tranchent des éléments arrondis, de couleur rouge rosée, à surface lisse, sans lésions épidermiques, légèrement papuleux, donnant au toucher une sensation d'œdème urticarien. On trouve également des nappes à contours déchiquetés, à bords irréguliers et peu nets, caractérisés par une teinte rouge violacée, un épi-

derme qui, sur certains points, est plissé, d'aspect légèrement fané et desquamant très légèrement; sur d'autres points de ces nappes rouges, on trouve une ébauche d'exagération du quadrillage de la peau et quelques pseudo-papules, à peine esquissées, paraissent témoigner une légère ébauche de lichénification.

Sur le devant de la poitrine, les lésions sont très abondantes et confluentes par places; elles sont distribuées sous forme d'éléments arrondis rappelant ceux des bras, sous formes de papules isolées, de nappes pigmentées légèrement, mais surtout sous formes de nappes analogues à celles que nous venons de décrire au bras, irrégulières, à bords peu nets; quelques-unes sont le siège d'une desquamation légère, d'autres présentent un épiderme légèrement plissé et fané, d'autres encore présentent de petites papules blanches et brillantes séparées par de petits sillons, ébauche de lichénification. Tout cet ensemble de peau saine, de nappes légèrement pigmentées, de nappes rouges squameuses ou à facettes brillantes, de macules arrondies, rouges, légèrement saillantes, d'aspect urticarien, donne une impression de bigarrure assez particulière.

Le même aspect se retrouve à la face dorsale des épaules et du dos; ici encore on trouve des nappes presque confluentes, disséminées sans ordre et sans configuration nette, les unes rouges, d'autres pigmentées, nappes légèrement infiltrées au toucher. Mais ici, presque toutes présentent d'une façon nette à leur surface de petites papules plates et brillantes, un quadrillage légèrement exagéré, des lésions de lichénification sensiblement plus accentuées qu'à la poitrine; on retrouve même dans l'intervalle des plaques érythémateuses, sur une peau en apparence saine, des papules isolées, avec un aspect brillant aux incidences de lumière.

Nous pratiquons le grattage sur plusieurs éléments. Sur les placards les plus squameux, aussitôt les squames enlevées, ce qui se fait facilement, dès le quinzième coup de curette on obtient de l'exosérose se faisant par points séparés, paraissant correspondre à l'ouverture de minuscules vésicules; de très légers points de purpura apparaissent, surtout à la périphérie des lésions. Au cinquantième coup de curette, il se produit de l'hémorragie.

Le grattage méthodique des éléments, en apparencelichénifiés, montre que, en effet, la résistance de la peau est plus grande; ce n'est

qu'au soixantième coup de curette qu'on décèle des points d'exosérose séparés.

La biopsie est faite sur un élément du bras.

L'acanthose est sensiblement plus prononcée que dans la plupart des cas que nous avons examinés jusqu'ici. La couche cornée en parakératose ne se retrouve que sur certains points, tantôt simplement avec des noyaux en batonnet, tantôt avec noyaux en batonnet et blocs séreux. La granuleuse se retrouve sur de très nombreux points et même est, par places, manifestement épaissie. Pas de tendance à la vésiculation, ni à la spongieuse dans le corps muqueux de Malphigi; très légère infiltration dans le derme, parfois localisée autour des vaisseaux. Bien qu'on ne retrouve pas le cheminement de la sérosité à travers l'épiderme, c'est au niveau des points où l'on observe l'infiltration périvasculaire que la couche cornée en parakératose montre des blocs séreux.

En somme, c'est à l'acanthose exagérée et à la granuleuse persistante et exagérée sur certains points, qu'est dû l'aspect lichénifié que présentait cliniquement la lésion.

Observation VIII

Parakératose psoriasiforme. — Forme humide des plis. — Lichénification secondaire.

M. H..., âgée de 23 ans, vient consulter pour des lésions rouges et suintantes, siégeant sur les plis articulaires (aisselle, coudes, aines).

Le début de l'affection remonte à deux mois environ; sans cause appréciable, elle vit apparaître, dans l'aisselle gauche, une rougeur diffuse qui forma bientôt une tache occupant le fond du pli, la face postérieure du bras et le thorax; cette lésion extrêmement prurigineuse, d'abord sèche, ne tarda pas à suinter abondamment. Quelques jours après, l'aisselle droite était atteinte, puis les plis du coude, enfin la face interne des cuisses et les grandes lèvres. Des applications de pommade augmentent encore l'irritation cutanée et elle vient alors à la consultation de Saint-Louis.

Les lésions sont remarquablement symétriques; occupant les plis articulaires, elles s'étalent en tache d'huile au voisinage de ces plis; elles sont rouges, suintantes, à peine squameuses, sauf tout à fait à la

périphérie de chaque élément. Les vésicules ne sont pas perceptibles à l'œil nu, mais dès qu'on applique du papier de soie, celui-ci s'imprègne de sérosité. Le prurit est violent, surtout marqué la nuit, empêchant le sommeil; la malade est extrêmement nerveuse et suit un très mauvais régime.

Traitement. — Application de solution de nitrate d'argent à 1/30 et pansement sec à la poudre de talc.

La malade revient consulter. Les lésions sont beaucoup moins enflammées et la rougeur est beaucoup moins vive. Le suintement en surface a presque complètement disparu; en grattant la lésion, on voit que la vésiculation existe, mais par points isolés. Le prurit persiste violent, bien que la malade ait été mise à un régime lacto-végétarien.

Lorsque nous revoyons la malade, l'amélioration est manifeste; les lésions sont beaucoup plus sèches, à la surface existe une desquamation furfuracée. Mais dans le pli des aines, il y a un épaissement du derme, des petites papules brillantes à la surface des lésions; le prurit persiste intense dans ces régions, et la malade est continuellement obligée de se gratter. Il existe en effet des lésions manifestes de grattage, des excoriations superficielles.

Après deux mois de traitement, il persiste un épaissement du derme avec lichénification diffuse extrêmement rebelle. Dès que la malade fait un écart de régime, le prurit réapparaît; il est surtout marqué au moment des règles. Alors que les éruptions des aisselles, des plis du coude ont complètement disparu, il persiste dans les aines des placards lichénifiés et prurigineux qui semblent devoir durer malgré une médication active.

Observation IX

Parakératose psoriasiforme à éléments rares.

Le nommé L..., âgé de 47 ans, peintre verrier, vient à la consultation le 10 novembre 1910, pour une affection squameuse du cuir chevelu et pour des lésions suintantes du pli des aines. — L'affection du cuir chevelu date de deux ans et siège particulièrement dans la région de la nuque. Elle est caractérisée par deux plaques de la grandeur d'une pièce de 5 francs, recouvertes de squames épaisses, adhérentes,

grisâtres et sont entourées par une aréole rouge-rosée. Ces lésions sont prurigineuses et, en effet, à leur niveau le derme est considérablement épaissi. On ne constate aucune alopecie.

De plus, le malade présente, dans le pli des aines, des lésions extrêmement suintantes, particulièrement dans le fond même du pli ; elles sont rouges et recouvertes de squames à la périphérie ; elles occupent la face interne des cuisses et la région correspondante des bourses ; elles sont extrêmement prurigineuses et le prurit est surtout marqué la nuit.

Ces lésions datent de plus de dix ans, mais ne sont pas continuellement suintantes, elles ne le sont que par intermittence. Dans les autres régions du corps nous ne constatons aucune autre lésion, et en particulier il n'y a pas de séborrhée.

En résumé, dans cette observation, il s'agit d'une forme mixte, à éléments rares : plaques lichénifiées du cuir chevelu ; plaques eczématisées de la région inguino-crurale.

Traitement. — Sur le cuir chevelu, application de pommade oxyde-jaune-goudron, et savonnage avec du savon au goudron ; dans les aines, application de solution de nitrate d'argent à 1/30 et poudre de talc.

Observation X.

Parakératose psoriasiforme — Forme à plaque unique lichénifiée.

M^{lle} B... Elisabeth, âgée de 18 ans, couturière, entre dans le service le 21 décembre 1909, pour une lésion chronique de la peau occupant la région cervicale postérieure.

L'affection remonte à trois ans environ. Originnaire de l'Yonne, elle a vu apparaître cette dermatose quelque temps avant de venir à Paris. Au début, la lésion cutanée était une plaque rouge très squameuse (une darte, dit la malade) située à la racine des cheveux sur le côté gauche de la nuque. Cette plaque n'était pas prurigineuse et la malade n'y prêta pas grande attention. Depuis le moment où elle vint habiter Paris, la lésion devint extrêmement prurigineuse, et l'obligeait à se gratter continuellement ; en même temps, la plaque augmentait d'étendue, mais depuis un mois environ, elle serait restée stationnaire.

Si nous examinons cette lésion, nous voyons qu'elle est constituée par une large plaque s'étendant de la racine des cheveux à la partie

supérieure de la nuque, large de 5 cent. 1/2, elle mesure 5 centimètres de haut. D'aspect uniforme, les bords sont saillants et nettement arrêtés sur les parties saines environnantes, de coloration rouge rosée ; elle est recouverte de squames fines, d'un blanc grisâtre, extrêmement adhérentes et très difficiles à détacher par le grattage.

Nous constatons de l'épaississement et de l'infiltration, mais ce qui frappe au point de vue objectif, c'est que cette plaque est parcourue par des sillons linéaires, très irréguliers, donnant à la lésion un aspect chagriné. A la périphérie de l'élément, nous constatons des petites papules, brillantes, montrant que le processus de lichénification ne reste pas uniquement localisé sur la plaque éruptive. Nous ajoutons de plus que tout l'ensemble est absolument sec ; il n'y a et il n'y a jamais eu le moindre suintement à la surface.

Le grattage méthodique nous montre, outre l'extrême adhérence des squames, outre le processus de lichénification, qu'il se produit, vers le soixantième coup de curette, du purpura progressif en points inégaux. Par tous ces caractères objectifs, nous portons le diagnostic de parakératose psoriasiforme lichénifiée, car la lésion a débuté par de la rougeur et des squames ; ce n'est que secondairement, lorsque la malade est venue à Paris, qu'elle a changé de vie, que le prurit a apparu et que la lichénification s'est développée.

Outre cette lésion de la nuque, la malade présente, dans le cuir chevelu, des lésions squameuses en petits éléments séparés, caractérisés par des squames peu épaisses sur un fond de rougeur peu accentuée. Nous ne constatons pas de séborrhée du cuir chevelu.

Cette dermatose s'est développée chez une malade présentant un mauvais état général : nervosisme très marqué, très grande anémie, troubles digestifs. Au sommet gauche, nous trouvons des lésions de tuberculose pulmonaire au début ; elle présente aussi quelques stigmates d'hérédité spécifique.

Traitement général. — Arséniate de soude à l'intérieur et régime sévère.

Traitement local. — Tout d'abord, application de pâte de zinc à l'ichtyol. Puis, pour combattre la lichénification, nous faisons des applications d'emplâtre de Vigo, qui est extrêmement bien toléré.

Observation XI.

Parakératose psoriasiforme du cuir chevelu. — Alopécie secondaire.

M^{me} V..., âgée de 34 ans, entre dans le service le 18 avril 1910, pour une affection du cuir chevelu.

Cette malade a été soignée antérieurement par M. le Dr Brocq, pour des lésions rouges et squameuses siégeant dans les mêmes régions. Elle présente actuellement, à cheval sur le front et sur le cuir chevelu, une large bande, épaisse, lichénifiée, partant des plis rétro-auriculaires et occupant tout le front.

Depuis deux ans, cette éruption ne s'est modifiée en rien et le prurit est continu. Par traumatismes répétés, les cheveux de cette zone squameuse sont petit à petit tombés et, sur cette plaque épaissie, il y a une alopécie presque totale. Toutes les autres régions du cuir chevelu sont saines; cependant la malade nous dit que, dans les régions rétro-auriculaires, elle a eu plusieurs fois des lésions rouges et suintantes pour lesquelles elle a été traitée par des applications de nitrate d'argent et de pommades.

En résumé, il s'agit d'une lésion à plaque unique lichénifiée du cuir chevelu extrêmement rebelle au traitement et ayant donné lieu à une alopécie consécutive.

Observation XII

Parakératose psoriasiforme à type de pityriasis rosé de Gibert. — Biopsie.

Le nommé T..., âgé de 27 ans, journalier, entre dans le service salle du Castel, lit n° 3, pour une éruption généralisée datant de 3 mois.

Les lésions sont de petits placards circinés particulièrement nombreux sur le cou et les membres; l'éruption est beaucoup plus discrète sur la poitrine et sur le dos.

Chaque élément est constitué par un bord rouge, recouvert de squames, faisant une légère saillie sur les parties saines environnantes. Le centre, au contraire, est beaucoup moins squameux; il a à peu près l'aspect de la peau normale et, en particulier, l'épiderme n'est pas plissé. Quelques éléments, par confluence, forment des placards beaucoup plus volumineux; quelques-uns même ont l'aspect du pityriasis circiné marginé.

L'éruption est très prurigineuse et sur certains éléments du cou, il y a un début de lichénification.

En réalité cette éruption ressemble à un pityriasis rosé de Gibert, mais la longue évolution de l'affection, l'absence de plaque première, les localisations, le prurit qui est très marqué, nous font porter le diagnostic de parakératose psoriasiforme.

Le grattage méthodique, fait à la périphérie de plusieurs éléments, montre du purpura premier et secondairement, vers le trentième coup de curette, un peu d'exosérose.

Une biopsie nous a montré qu'il n'y avait pas d'hypéracanthose, pas d'hyperkératose, qui ne se retrouve que par places, avec lamelles cornées contenant des noyaux en bâtonnets, mais aussi de la sérosité en proportion appréciable. Dans l'épiderme nous trouvons des foyers de spongiose, limités de place en place, en certains points formant des pseudo-vésicules analogues à celles que l'on trouve dans l'eczéma vrai au voisinage des vésicules, mais ne formant nulle part des vésicules vraies. En regard de ces formations spongoïdes de l'épiderme, se présentent, dans le derme, des foyers d'infiltration plus prononcés.

En résumé, exocytose assez marquée en certains points mais pas de vésicules nettes. Ces lésions histologiques diffèrent donc du type érythème vésiculeux, donné comme caractéristique du pityriasis rosé de Gibert, par M. Sabouraud.

Observation XIII

Parakératose psoriasiforme à type de pityriasis rosé de Gibert et de pityriasis circiné marginé de Vidal. — Biopsie.

M^{me} Berthe G..., âgée de 30 ans, entre à l'hôpital Saint-Louis, service de M. Brocq, salle Rayer, le 19 février 1910.

Le début de son affection cutanée remonte à un mois et s'est fait au niveau de la partie supérieure du sternum, un peu à droite de la ligne médiane, par un élément qui, d'abord gros comme une lentille, a pris en une douzaine de jours, les dimensions d'une pièce de 5 francs. C'est aujourd'hui un élément circiné, décoloré au centre, rouge sur les bords, recouvert de squames fines et lamelleuses. Deux autres éléments ont apparu ensuite, l'un sur la clavicule gauche, l'autre dans la région sous claviculaire droite. Un autre élément apparaît ensuite au-dessous

du sein gauche qui est très effacé maintenant, mais qui a sensiblement les mêmes dimensions que les éléments précédents.

D'autres lésions plus petites, mais également circonscrites, ont apparu ensuite sur le devant de la poitrine, sur l'abdomen, sur les bras, à la partie supérieure des cuisses, sur la ceinture; les éléments de la face, du cou, du cuir chevelu sont les derniers en date.

A son entrée à l'hôpital, l'éruption est en pleine activité; elle est caractérisée par des plaques disséminées sans ordre. Ce sont des éléments en cocarde, de grandeur variable; leur centre est à peine squameux, les bords, au contraire, peu nets à la périphérie, sont recouverts de squames lamelleuses qui se détachent facilement; on ne trouve pas de surface plissée, vergeturoïde.

Sur les membres, d'autres plaques ont des caractères différents: elles sont beaucoup plus grandes, beaucoup plus découpées et forment des dessins gyratés. Le centre est normal d'aspect, d'une teinte cependant un peu bistre, les bords sont de coloration rouge rosée et sont peu squameux.

Sur le cou et dans les régions rétro-auriculaires, les éléments sont beaucoup plus confluent et forment des plaques irrégulières, rouges et squameuses qui, elles, ne ressemblent en rien à des éléments de pityriasis rosé de Gibert.

Presque tout le cuir chevelu est recouvert de squames peu épaisses, grisâtres, assez adhérentes, essentiellement sèches, avec un peu de rougeur du derme.

L'éruption est assez prurigineuse; le prurit est plus marqué à la face et au cuir chevelu.

En résumé, il s'agit d'une affection cutanée ayant débuté, semble-t-il, par une plaque première; secondairement il s'est développé une éruption généralisée, caractérisée sur le dos, la poitrine et l'abdomen, par des éléments circonscrits ayant l'aspect du pityriasis rosé de Gibert, mais n'ayant pas l'aspect plissé, vergetaroïde des lésions de pityriasis; caractérisée sur les membres par des éléments gyratés qui simulent le pityriasis circonscrit, marginé; caractérisée enfin, sur le cou et le cuir chevelu par des plaques rouges et squameuses qui paraissent des lésions typiques de parakératose psoriasiforme. Le grattage méthodique, pratiqué sur ces différentes lésions nous a montré que toutes étaient absolument sèches: purpura premier et progressif, hémorragie seconde, pas d'exosérqse, pas trace de vésiculation.

Une biopsie, pratiquée sur le bord d'un élément circiné de la cuisse, nous a montré la sécheresse absolue de l'élément : lésion essentiellement superficielle, épidermique, absence totale d'œdème, de spongieuse, de tendance à la vésiculation. Il y a simplement hyperkératose et parakératose de la couche cornée. Au point de vue histologique, cette lésion diffère donc essentiellement du pityriasis rosé de Gibert qui, pour M. Sabouraud, est un érythème vésiculeux.

Observation XIV

Pityriasis rosé de Gibert typique. — Parakératose psoriasiforme ancienne.

Le nommé N. . . , gardien de la paix, âgé de 40 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, le 15 novembre 1910, pour une affection cutanée dont le début remonte à 7 jours.

La lésion initiale siège sur le devant de la poitrine, à droite de la ligne médiane et forme un médaillon de la grandeur d'une pièce de 2 francs. L'éruption seconde siège particulièrement sur la poitrine et le dos, il y a quelques éléments discrets sur les membres supérieurs, des éléments sur le front et dans les régions rétro-auriculaires. C'est une forme mixte maculeuse et circinée, ne s'accompagnant que d'un prurit léger. Les éléments de pityriasis rosé de Gibert sont typiques : c'est une roséole squameuse. Bien qu'il existe des lésions de la face, le diagnostic ne paraît pas douteux. Fait assez curieux, et que nous ne faisons que signaler, la femme de ce malade a été soignée il y a six mois pour un pityriasis rosé. Le grattage méthodique confirme notre diagnostic : purpura premier très net à la périphérie de la lésion, exosérose seconde se faisant par points séparés.

Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation, c'est que ce malade présente sur les régions olécrâniennes, particulièrement à gauche, des lésions rouges et squameuses, auxquelles le malade n'a pas prêté attention. Le placard du coude gauche occupe toute la région olécrânienne et descend à la face postérieure de l'avant-bras ; il est caractérisé par une rougeur bistre et est recouvert de squames fines et un peu stratifiées ; il y a un peu d'épaississement du derme, un début de lichénification. Le grattage méthodique nous montre qu'il se produit du purpura premier avant l'ablation totale de la squame, de l'hémorragie seconde, sans pellicule décollable. A droite, la lésion, beaucoup moins marquée, présente les mêmes caractères.

Dans le cuir chevelu, il existe également des lésions squameuses avec un peu de rougeur des téguments. Au dire du malade, il y a longtemps qu'il a des « pellicules ». Il y a un peu d'épaississement du cuir chevelu et un début d'alopecie à la partie supérieure du vertex.

Nous pouvons donc conclure que chez ce malade, qui présente des lésions de parakératose psoriasiforme ancienne, s'est développé un pityriasis rosé de Gibert absolument typique.

Observation XV

Eruption intermédiaire au pityriasis rosé de Gibert et aux parakératoses psoriasiformes (Brocq).

Enfant âgé de 12 ans, présentant une éruption généralisée. Il y a quinze jours, il est survenu chez lui une plaque éruptive sur le devant de la poitrine, un peu au-dessus et en dedans du mamelon gauche. Quand ses parents s'en sont aperçus, elle avait les dimensions d'une pièce de 2 francs en argent; elle était d'un rouge assez vif sur les bords, un peu pâle au centre, et avait à peu près la même forme qu'aujourd'hui. Elle a grandi peu à peu : au bout de quatre à cinq jours, elle avait les dimensions actuelles. Mais alors, brusquement, on a vu se produire sur les épaules, le cou, la figure, une autre éruption composée d'éléments multiples, qui, depuis lors, s'est constamment étendue et couvre maintenant presque tout le corps. L'enfant éprouve quelques démangeaisons, surtout le soir quand il est au lit, mais ces démangeaisons ne sont pas bien intenses et il ne présente pas de traces de grattage.

La plaque primitive, celle par laquelle la dermatose a débuté, offre en ce moment les dimensions approximatives d'une pièce de 5 francs en argent : elle est un peu irrégulièrement ovale, à grand axe dirigé de haut en bas, de dedans en dehors; les bords en sont assez nettement arrêtés, quoique, à tout prendre, leur rougeur meure insensiblement vers la peau saine sans relief précis; c'est un peu en dedans de la zone rouge périphérique que les téguments paraissent être légèrement tuméfiés, et cette tuméfaction correspond à une rougeur plus intense; plus en dedans, on observe un peu de desquamation croûteuse; cette bordure rouge, et dont la rougeur s'efface presque complètement par la pression en laissant aux téguments une certaine teinte jaunâtre, à une

largeur de 3 à 5 millimètres. En dedans, se voit une zone d'un rouge plus pâle, et au niveau de laquelle on trouve de la desquamation et des croûtelles jaunâtres semblant être consécutives à un léger suintement. D'une manière générale, cet élément éruptif rappelle donc tout à fait une plaque primitive de pityriasis rosé de Gibert qui se serait eczématisée.

Tout autre est l'éruption secondaire. Elle est essentiellement composée d'une multitude de petits éléments presque tous isolés les uns des autres, cohérents par places, ayant les dimensions moyennes d'une pièce de 20 centimes et d'une pièce de 50 centimes en argent, irrégulièrement arrondis ou ovalaires, à bords assez nettement arrêtés, quoique sans saillie précise au-dessus du niveau des téguments sains; leur coloration est d'un rose pâle un peu bistre; ils s'effacent incomplètement par la pression, n'ont aucune tendance à la circination, mais sont uniformes dans toute leur étendue; ils sont recouverts de squames grisâtres, sèches, assez adhérentes, se détachant cependant aisément par le grattage et permettant d'arriver sur un derme rouge qui s'excorie ou qui prend un aspect purpurique; mais on ne peut, comme dans le psoriasis, détacher avec facilité la squame d'une surface sous-jacente rouge, lisse et luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique. En somme, l'élément éruptif secondaire a tout à fait les mêmes caractères objectifs que l'élément des parakératoses psoriasiformes superficielles.

Cette opinion est confirmée par ce fait qu'en certains points, surtout vers la partie antérieure du thorax, vers le bas-ventre, les éléments éruptifs ont un aspect un peu croûteux, comme s'ils avaient été le siège d'un léger suintement, et comme s'ils étaient sur le point de s'eczématiser. Ils sont d'ailleurs prurigineux.

Ces éléments sont distribués en fort grand nombre sur presque toute la surface des téguments. Ils sont surtout abondants sur le thorax avec une prédominance très marquée vers les parties latérales, au niveau des aisselles, des plis inguinaux, vers le bas-ventre. Ils sont aussi fort nombreux vers le cou, un peu moins au pourtour des oreilles, sur le front, sur les membres supérieurs et inférieurs, où ils sont très discrets.

Dans le cuir chevelu, on trouve des plaques du pityriasis au niveau desquelles le cuir chevelu a une teinte grisâtre: elles ont tout à fait les

caractères habituels des parakératoses psoriasiformes de cette région.

Tel est, rapidement schématisé, l'aspect de cette éruption.

Nous nous trouvons, en présence d'une dermatose dont le mode de début par une plaque primitive unique, dont l'évolution ultérieure par une éruption secondaire rappellent tout à fait le pityriasis rosé de Gibert; mais l'aspect de cette éruption secondaire, ses localisations à la face et au cuir chevelu, sa tendance à l'eczématisation cadrent bien plutôt avec le diagnostic de parakératose psoriasiforme. Avec les idées qui sont encore en honneur dans la plupart des écoles dermatologiques, avec la théorie des types morbides nettement définis, et dans lesquels doivent rentrer tous les faits cliniques, le problème à résoudre est des plus ardu. La plaque primitive qui, bien qu'un peu eczématisée, est typique, l'évolution par une éruption secondaire parue quelques jours après le début de la plaque primitive, voilà qui impose en quelque sorte le diagnostic de pityriasis rosé de Gibert. Mais c'est alors un pityriasis rosé de Gibert bien anormal, bien extraordinaire, puisqu'on n'y trouve aucun des caractères distinctifs de l'éruption secondaire de cette affection; il n'y a ni les éléments du pityriasis circinata, ni ceux du pityriasis maculata; il n'y a pas là de « roséole squameuse »; il n'y a ni la bordure rosée des petites plaques, ni leur centre plissé si caractéristique.

Observation XVI.

Parakératose psoriasiforme sèche, kératodermie des extrémités.

Le nommé T..., âgé de 50 ans, charpentier, vient consulter le 1^{er} novembre 1909.

Le début de son affection cutanée remonte à 8 ou 9 ans. Par poussées successives, le malade voyait apparaître au pourtour des oreilles, dans le cuir chevelu, sur les membres, des placards érythémato-squameux, prurigineux, disparaissant en quelques semaines grâce à des applications de pommades.

Depuis un an sur les coudes, à la partie antérieure des poignets, il existe des placards rouges, squameux, extrêmement prurigineux, qui n'ont cédé à aucun traitement. A l'examen, en effet, ce sont des plaques très lichénifiées, très épaissies. Mais ce qui fait l'intérêt de cette observation c'est que, à la paume des mains et à la plante des pieds, il existe des lésions kératodermiques très développées avec épaissement considérable et

des fissures profondes, siégeant surtout au niveau des plis articulaires ; à la périphérie de ces lésions, il existe des petites papules brillantes de lichénification.

Le grattage méthodique nous ayant démontré que les lésions des membres étaient des parakératoses sèches et lichénifiées, nous devons admettre, en nous basant sur les faits observés antérieurement par M. le Dr Brocq, que les kératodermies palmaires et plantaires peuvent être de même nature.

Observation XVII.

Fait de passage sur le versant du psoriasis.

Le nommé B... âgé de 23 ans, sergent à l'intendance, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, le 15 novembre 1919, pour une éruption papuleuse occupant le dos, la poitrine et les membres.

Au début de son service militaire, il a été traité pour des lésions de psoriasis par de la pommade à la chrysarobine. Ces applications ont été extrêmement irritantes et on a été obligé d'interrompre le traitement.

Depuis cette époque, l'éruption n'a pas rétrocedé.

Actuellement les lésions sont extrêmement discrètes : petites papules rouges et à peine squameuses.

Le grattage méthodique, pratiqué sur plusieurs éléments, nous montre qu'il n'existe pas de pellicule décollable nette, qu'il se produit du purpura avant toute hémorragie, et que cette hémorragie ne se fait pas par points séparés. Sur d'autres éléments, il y a une ébauche de pellicule décollable ; sur d'autres enfin, il y a du purpura premier et progressif.

Nous pouvons donc conclure qu'il s'agit d'une éruption composée d'éléments ayant, les uns les caractères du psoriasis, les autres les caractères d'une parakératose psoriasiforme ; nous ne pouvons classer cette affection que dans les faits de passage qui réunissent les deux dermatoses.

Observation XVIII.

Parakératose psoriasiforme. — Psoriasis typique.

Le nommé Fernand B..., âgé de 21 ans, emballleur, entre à l'hôpital, salle du Castel, lit n° 7, le 8 novembre 1910.

Ce malade a été soigné déjà plusieurs fois à Saint-Louis, dans le service de M. du Castel et par M. Hallopeau, pour des lésions de psoriasis.

Jusqu'à l'âge de 15 ans, continuellement, il présenta sur le corps et dans le cuir chevelu des plaques rouges et très squameuses qui furent traitées par des bains et des applications de glycérolé cadique.

A l'âge de 15 ans, les lésions disparaissent complètement, sauf celles du cuir chevelu.

Au début d'octobre 1910, nouvelle poussée aiguë qui, en quinze jours, devient généralisée. Les lésions sont extrêmement prurigineuses et le malade se gratte continuellement. Actuellement la peau est en état d'érythrodermie généralisée, tout le corps est pris, à l'exception des mains qui sont absolument indemnes. Les lésions sont cependant surtout marquées sur les membres; elles sont beaucoup plus discrètes sur le cou, le dos, la poitrine et l'abdomen.

Les éléments, constituant l'éruption, sont de deux sortes : les uns sont des papules recouvertes de squames peu adhérentes; le grattage méthodique nous montre que, sur ces lésions, il y a, d'une façon non douteuse, une pellicule décollable, une surface lisse, rouge et luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique avec de l'exosérose. Ces éléments sont donc des éléments de psoriasis typique irritable.

D'autres lésions présentent des caractères différents; ce sont des plaques rouges, squameuses, légèrement suintantes; elles occupent particulièrement les plis de flexion. Sur ces éléments, le grattage méthodique nous montre qu'il n'y a pas de pellicule décollable, pas d'hémorragie mais, au contraire, de l'exosérose se faisant par points séparés et du purpura premier.

Nous pouvons donc conclure que, chez ce malade, il y a deux affections.

1° Un psoriasis datant de 15 ans; 2° une parakératose psoriasiforme, humide, suintante, eczématisée, ayant une certaine tendance à l'érythrodermie, affection greffée sur la dermatose antérieure.

Observation XIX

Parakératose psoriasiforme à type de pityriasis rosé de Gibert. —

Biopsie — Formation tuberculoïde — Cellules géantes

Le nommé M..., âgé de 17 ans et demi, entre à l'hôpital Saint-Louis,

dans le service de M. le Dr Brocq pour des lésions de la peau siègeant sur le thorax, le dos, les bras, lésions datant de deux mois environ.

L'affection a débuté au niveau des deux bras, par des placards érythémateux et prurigineux ; l'éruption ensuite a gagné la face antérieure de la poitrine, le dos ; ces dernières lésions étaient moins érythémateuses et moins prurigineuses.

Le malade consulte un médecin qui fait appliquer simplement une pommade à l'oxyde de zinc ; l'affection aurait diminué au niveau des bras, mais ne s'est pas modifiée au niveau de la poitrine.

Nous constatons, à l'entrée du malade, l'état suivant :

Sur les bras, dans la région de la saignée, à la partie antérieure des avant-bras, on remarque une rougeur diffuse, à peine marquée, étendue en nappe, sans limites précises, donnant au toucher une sensation de rugosité assez marquée. A la partie postéro-externe des bras existe un léger degré de kératose pilaire. A la partie inférieure des avant-bras, les lésions sont plus accentuées ; symétriquement, à la face antérieure, existe un médaillon mal limité sur son bord externe légèrement rouge, tandis que le centre blanc nacré est recouvert d'une desquamation furfuracée.

A la partie supérieure du bras droit, dans la région deltoïdienne, existe une autre lésion de même aspect, c'est un médaillon parfaitement limité par des bords nets, individuellement isolé sur les parties saines environnantes. Le centre est formé par un épiderme légèrement fané, formant des stries longitudinales et donnant au grattage une desquamation furfuracée. A la partie antérieure du thorax, dans les régions sous-claviculaires, existent symétriquement des placards à bords irréguliers, polycycliques, de couleur bistre avec desquamation centrale furfuracée ; il existe, dans ces régions, quelques lésions de grattage. Ces placards sont de la dimension d'une paume de main ; en certains points, l'épiderme est flétri, d'aspect analogue à celui que l'on trouve à la partie centrale d'un élément de pityriasis rosé de Gibert.

A la partie inférieure de la poitrine, nous trouvons encore deux larges placards irréguliers de forme, de couleur bistre, allongés dans le sens transversal, de 12 centimètres de long sur 5 de haut, ayant le même aspect craquelé, avec desquamation légère à la surface. Mais au niveau

du mamelon et de la région inter mammaire, sur la ligne médiane, existent deux éléments particulièrement intéressants. Ce sont deux médaillons, presque régulièrement arrondis, de la grandeur d'une pièce de cinq francs ; ils sont soulignés et rendus plus nets, d'une part, par la différence de teinte sur la peau saine et la teinte ocre-bistre de l'élément, et d'autre part par la desquamation qui forme de fines lamelles squameuses. La présence de ces squames donne aux lésions un aspect de légère surélévation ; le centre du médaillon est légèrement plus pâle que la périphérie, les squames sont moins abondantes, car la peau est ridée en pelure d'oignon.

A la partie supérieure de l'abdomen et sur les parties latérales du tronc, existent des éléments semblables mais plus petits, à bords parfaitement limités ; la peau est fiétrie à leur centre et c'est véritablement au niveau de ces éléments que la ressemblance avec le pityriasis rosé de Gibert est la plus nette.

Encore au niveau du dos, dans les régions scapulaires, nous retrouvons des éléments semblables ; au nombre d'une dizaine, ils ont des bords parfaitement limités ; le centre est marqué par une desquamation assez abondante. A la partie inférieure du dos et sur les parties latérales existent d'autres éléments plus petits, ayant même aspect, même caractère que des éléments pityriasiques ; nous retrouvons d'autres placards semblables à la ceinture et aux flancs.

A cause de la longue durée de l'affection, des caractères des lésions, qui, bien que quelques-unes simulent des éléments de pityriasis rosé de Gibert, sont surtout de larges médaillons, de larges placards érythémateux et squameux, nous portons le diagnostic de parakératose psoriasiforme à type de pityriasis rosé de Gibert.

Le grattage méthodique, que nous avons pratiqué sur différents éléments, nous a donné des résultats constants.

Les premiers coups de curette détachent des squames lamelleuses, mais fines et même furfuracées ; vers le trentième coup de curette, apparaissent, surtout au niveau de la périphérie de chaque élément, des points de purpura, purpura irrégulier mais progressif, c'est-à-dire qui augmente au fur et à mesure que l'on continue le grattage. Au cinquante-sixième coup de curette, il se produit des points hémorragiques, parfaitement décelables lorsqu'on applique le papier de soie et que l'on fait agir le compresseur. Il n'y a pas trace d'exosérose ;

nous nous trouvons donc bien en présence des résultats que donne le grattage méthodique dans les parakéroses psoriasiformes sèches sans eczématisation.

Examen histologique. — Croyant nous trouver en face d'un de ces cas, décrits par M. Brocq sous le nom de parakératose psoriasiforme à type de pytiriasis rosé de Gibert, et désireux d'en fixer l'histologie que nous ne possédions pas encore, nous pratiquons une biopsie sur le bord d'un des éléments de la région deltoïdienne. Or, à notre grande surprise, l'examen histologique nous révéla des lésions que nous étions loin de penser exister dans une dermatose d'un type paraissant aussi superficiel.

La pièce fut coupée en série ; sur le plus grand nombre des coupes, nous trouvons des lésions qui cadrent assez bien avec l'aspect clinique et qui sont celles d'un érythème avec desquamation légère.

On trouve, en effet, un épiderme d'épaisseur normale, présentant un très léger degré d'hyperacanthose sur les points qui correspondent à la bordure de la lésion. La couche cornée, conservée presque partout, est sensiblement épaissie pour la région étudiée; elle est en état de parakératose manifeste, avec conservation de nombreux noyaux en bâtonnet, tantôt adhérente à la couche sous-jacente, tantôt desquamant en lambeaux peu épais. Cette constatation correspond parfaitement à la desquamation en fines lamelles observée cliniquement.

La granuleuse est conservée presque partout, même au-dessous de la couche cornée parakératonique; nous sommes donc loin de la parakératose intense, semblable à celle qu'on observe dans le psoriasis et où l'évolution des cellules épidermiques va directement du type malpighien à la lamelle cornée parakératosique, sans passage par la granuleuse.

Le corps muqueux proprement dit est d'épaisseur sensiblement normale; les cellules qui le composent ne présentent nulle part d'altérations manifestes. Il n'existe pas de formations vésiculaires à proprement parler, même on ne trouve pas trace d'état spongoïde, de tiraillements de l'épiderme par de la sérosité. On trouve simplement quelques cellules présentant l'altération cavitaire de Leloir; on en constate, en particulier, un certain nombre au voisinage de la basale. Il n'existe, par conséquent, aucun flux œdémateux intercellulaire, aucun état spongoïde, lésions qui constituent, nous le rappelons, pour Sabouraud,

avec les formations vésiculaires superficielles, qui sont leur aboutissement terminal, le caractère le plus important de l'anatomie pathologique du pityriasis rosé de Gibert et nous pensions trouver-là un caractère différentiel important qui, en dehors de l'évolution clinique différente, pourrait permettre de séparer le pityriasis rosé vrai, des parakératoses circinées à type de pityriasis rosé de Gibert.

Les lésions dermiques sont peu importantes; on trouve un certain nombre de capillaires dilatés, gorgés de globules rouges, entourés d'un très léger manchon d'infiltration, composé de cellules conjonctives fixes et de quelques mononucléaires, ce qui cadrerait également très bien avec la constatation d'un exanthème superficiel sans infiltration sous-jacente, de nature inflammatoire et devant disparaître rapidement.

Mais, arrivés sur un point de nos coupes en série, nous trouvâmes dans le derme, des lésions d'ordre différent et assez déconcertantes.

L'infiltration dermique augmente en effet rapidement et progressivement sur un point des coupes, tend à s'agglomérer et forme un nodule irrégulièrement arrondi, présentant une structure analogue à celle des follicules tuberculoïdes; les éléments cellulaires qui le constituent sont des cellules conjonctives fixes, des lymphocytes à la périphérie et vers le centre, des éléments cellulaires, à noyaux volumineux, clairs, vésiculeux, à protoplasme flou mais limité, acidophiles, en tous points analogues aux cellules épithélioïdes; enfin, au centre également, on observe trois cellules géantes avec noyaux irréguliers, distribués en couronne à leur périphérie. Au voisinage de ce nodule, l'infiltration qui entoure ces capillaires, augmente d'importance. Le tout se retrouve sur l'espace d'une dizaine de coupes, puis disparaît progressivement (*Pl. 2 fig. 2*). Les résultats qui nous étaient fournis par la biopsie, la constatation de lésions dermiques dans une dermatose, qui semblait à première vue d'un type très superficiel, l'existence d'un follicule tuberculoïde et de cellules géantes dans un point de la préparation, nous firent faire d'autres recherches.

Tout d'abord, nous pratiquons le 7 novembre au niveau de l'avant-bras gauche, sur sa face antérieure, une intradermo-réaction à la tuberculine, en injectant une goutte de la solution au 5000; dès le lendemain, au niveau de la pique, apparaît de la rougeur et le surlendemain, nous constatons une zone d'infiltration de la grandeur d'une pièce

de cinquante centimes, avec léger œdème et rougeur périphérique : cette intradermo-réaction était donc nettement positive.

Cette nouvelle constatation ne devait pas nous étonner, car en examinant avec soin l'état général de notre malade, nous trouvons chez lui des symptômes nets de tuberculose au début.

Le malade est pâle et anémié ; il présente le soir un léger état fébrile et se plaint d'avoir des transpirations nocturnes.

Au sommet droit, existe une submatité très nette ; à l'auscultation, une diminution très notable du murmure vésiculaire et lorsque le malade tousse, des crépitations fines. Il existe de plus une micropolya-dénie axillaire bilatérale extrêmement accentuée. Au sommet gauche également nous trouvons des symptômes de tuberculose au début, mais moins accentués qu'à droite.

Par l'application de simple pommade à l'ichtyol, les lésions cutanées disparaurent progressivement ; au contraire l'état général s'aggravait. Le malade se plaint de lassitude générale, de courbature, l'amaigrissement augmente ; il souffre des troubles digestifs ; l'appétit est nul et il a des alternatives de constipation et de diarrhée. La fièvre, le soir, oscille entre 38° et 38,5, le matin la température est sensiblement à la normale.

Ces symptômes généraux ne tardèrent pas à s'expliquer par l'apparition de symptômes péritonéaux et pleuraux qui nous firent faire le diagnostic de tuberculose péritonéo-pleurale du type subaigu.

Nous constatons un météorisme abdominal très accentué et la pression de l'abdomen est douloureuse ; il existe de l'ascite parfaitement décelable à la percussion des flancs, elle est de plus mobile, car la matité se déplace suivant les positions que prend le malade. Dans la fosse iliaque droite, on sent sous la peau, une plaque dure, irrégulière au toucher ; la matité à ce niveau est très nette et la pression est douloureuse. A la base du thorax, de chaque côté, il existe des frottements pleuraux, et au bout de quelques jours se produit à droite un épanchement peu abondant, mais absolument manifeste.

Le malade est extrêmement affaibli ; l'amaigrissement est rapide et la température atteint le soir 38.5 et 39. M. Brocq fait appliquer sur l'abdomen tout d'abord du collodion, mais sans grands résultats, puis des compresses térébenthinées ; sous l'influence de ce traitement révulsif intense, nous vîmes le météorisme diminuer avec une extrême

rapidité, une véritable transformation de l'état local abdominal, en même temps que les symptômes pleuraux diminuaient progressivement d'intensité. Cependant une nouvelle localisation sur une séreuse apparaissait.

Dans la région précordiale, le malade se plaint de douleurs et la pression de la région augmente ces douleurs. A l'auscultation, des frottements péricardiques sont nettement perçus. Ces symptômes du reste s'amendent rapidement, sans qu'il nous soit possible de constater un épanchement péricardique appréciable.

Mais les symptômes pulmonaires s'aggravent; malgré des révulsions locales et un traitement général approprié, les signes de tuberculose étaient beaucoup plus marqués. Les foyers d'infiltrations sont plus étendus et des craquements humides sont nettement perçus aux deux sommets.

Bien qu'il soit dans un état très précaire, le malade, sur sa demande, quitte le service le 8 décembre 1909.

Il revient nous voir plusieurs fois; mais devant la rapide évolution des lésions pulmonaires, M Brocq envoie le malade à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Faisans, qui lui fait un certificat d'admission au sanatorium d'Angicourt.

CONCLUSIONS

I. — Sous le nom de parakératoses psoriasiformes, nous désignons toute une série de faits assez complexes, intermédiaires, au point de vue objectif, entre le psoriasis et l'eczéma. Sur les frontières peu précises de ce groupe, existent des faits de passage qui le relient insensiblement à ces deux dermatoses.

II. — Ces faits sont englobés par Unna dans l'eczéma séborrhéique; nous ne pouvons leur conserver cette dénomination :

a) Parce qu'ils n'ont pas les caractères objectifs de l'eczéma vésiculeux vrai;

b) Parce qu'ils ne se développent pas forcément sur terrain séborrhéique.

III. — Dans les dermatoses rouges et squameuses, intermédiaires entre l'eczéma et le psoriasis, nous distinguons :

1° La dermatose figurée médio-thoracique ou pityriasis stéatoïde du devant de la poitrine, qui est très probablement une entité morbide vraie;

2° Les parapsoriasis;

3° Le pityriasis simplex;

4° Les parakératoses psoriasiformes; c'est ce dernier groupe qui fait le sujet de notre travail.

IV. — Les parakératoses psoriasiformes diffèrent du pityriasis par la réaction inflammatoire du derme; des para-

psoriasis par leur évolution rapide, par le prurit, par leur guérison relativement facile sous l'influence d'une médication appropriée; du psoriasis par des squames moins stratifiées, par une rougeur moins vive du derme, par l'absence au grattage de pellicule décollable et par l'absence d'une surface lisse, rouge et luisante, parsemée d'un piqueté hémorragique.

V. — Les parakératoses psoriasiformes peuvent se présenter en clinique sous des aspects différents. D'une façon générale, on peut distinguer :

Les formes à plaques multiples disséminées;

Les formes à plaque unique ou à éléments rares.

A. — Les formes à plaques multiples disséminées peuvent siéger sur les régions glabres ou sur le cuir chevelu :

Sur les régions glabres. — 1° Les éléments éruptifs sont disposés sans ordre à la surface des téguments.

Le grattage méthodique permet de reconnaître des formes sèches et des formes en apparence sèches, mais qui ont tendance à se vésiculiser.

2° Les éléments éruptifs sont moins nombreux; ils siègent surtout au niveau des plis et ont tendance à une symétrie relative. Ces formes sont presque toujours humides, suintantes et répondent à l'eczéma séborrhéique vrai.

Toutes ces éruptions sont accompagnées d'un prurit souvent assez intense et, suivant leur siège, elles peuvent tendre à se lichénifier ou se lichénifient franchement.

Sur le cuir chevelu. — Les éléments éruptifs sont caractérisés par des squames grisâtres, épaisses, extrêmement adhérentes, cachant la rougeur du derme sous-jacent. Les placards ne restent pas d'ordinaire strictement localisés au niveau du cuir chevelu; ils sont habituellement à cheval sur les régions pileuses et sur les régions glabres environnantes.

B. — Les formes à plaque unique ou à éléments rares siè-

gent également sur les régions glabres et sur le cuir chevelu. Les éléments éruptifs sont de larges plaques infiltrées, extrêmement prurigineuses et qui se lichénifient toujours avec rapidité. Ces lésions sont rebelles à toute thérapeutique active.

VI. — Les parakératoses psoriasiformes ont parfois une évolution sub-aiguë, à type de pseudo-exanthème, simulant une éruption de pityriasis rosé de Gibert. Il est possible de voir coexister chez un même malade des lésions typiques de pityriasis rosé et des lésions typiques de parakératose psoriasiforme.

VII. — Sur des lésions anciennes eczématisées, on voit parfois des poussées aiguës, avec tuméfaction œdémateuse des téguments, sujettes à d'incessantes récidives. M. Brocq a donné à ce type objectif le nom d'eczéma érysipélateoïde récidivant. Un autre type morbide doit être distingué : c'est la forme généralisée allant vers l'herpétide maligne exfoliatrice.

VIII. — L'anatomie pathologique nous a montré, dans les formes sèches, des lésions de parakératose à peu près pures, sans exosérose et presque sans exocytose ; nous n'avons pas retrouvé le micro-abcès amicrobien de MM. Sabouraud et Munro. Ce type histologique, par conséquent, est assez voisin du psoriasis, mais ne possède pas le symptôme primordial qui, pour M. Sabouraud, est pathognomonique du psoriasis.

Dans les formes eczématisées, nous avons trouvé des lésions très voisines de l'eczéma vésiculeux vrai, s'en différenciant peut-être par l'acanthose plus grande, l'exocytose beaucoup plus abondante.

IX. — Le diagnostic présente souvent de grandes difficultés, en raison des faits de passage qui ne permettent pas de faire des démarcations précises.

Par la méthode graphique, nous pouvons nous rendre compte des liens étroits qui unissent entre elles les dermatoses rouges et squameuses.

X. — Nous rangeons les parakératoses psoriasiformes dans les réactions cutanées, parce que nous ne connaissons pas la cause directe qui engendre ces affections.

Cependant, nous pouvons dire qu'elles semblent avoir des conditions pathogéniques presque identiques à celles du psoriasis : vie sédentaire, abus de l'alimentation carnée, déséquilibre dans le fonctionnement des glandes à sécrétion interne, en particulier du corps thyroïde ; nous admettrons également le rôle de certaines infections, syphilis, tuberculose.

XI. — Le traitement général est variable suivant la *dominante étiologique*.

Le traitement local varie également suivant que l'on a affaire à des formes sèches ou à des formes eczématisées.

Le principe général qui doit guider le médecin est qu'il faut tâter la sensibilité du malade avant d'employer des réducteurs forts qui sont, dans la plupart des cas, seuls capables d'amener la guérison.

VU :

Le Doyen,
LANDOUZY

VU :

Le Président de la thèse,
GAUCHER.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.....	9
Historique	12
CHAPITRE PREMIER. — Classification générale des dermatoses. Théorie des faits de passage. Le grattage méthodique	26
CHAPITRE II. — Conception du groupe eczéma et du groupe psoriasis. Leurs caractères objectifs	32
CHAPITRE III. — Les éruptions rouges et squameuses intermédiaires à l'eczéma et au psoriasis	39
CHAPITRE IV. — Etude clinique des parakératoses psoriasiformes. Formes à plaques multiples disséminées ..	47
§ 1. — <i>Parakératoses des régions glabres</i>	47
1 ^o Formes sèches à plaques multiples disséminées.....	47
2 ^o Formes en apparence sèches ayant tendance à la vésiculation	56
3 ^o Parakératoses psoriasiformes à plaques moins nombreuses localisées surtout au niveau des plis. Formes humides (Eczéma séborrhéique vrai).....	58
§ 2. — <i>Parakératoses à plaques multiples occupant les régions pileuses</i>	65
CHAPITRE V. — Parakératoses psoriasiformes à plaque unique ou à éléments fort rares	68
§ 1. — <i>Régions glabres</i>	68
§ 2. — <i>Parakératoses psoriasiformes à plaque unique localisée au cuir chevelu</i>	71
CHAPITRE VI. — Formes à type de pseudo-exanthème ayant l'aspect du pityriasis rosé de Gibert	73
Parakératoses psoriasiformes à type de Pityriasis rosé de Gibert.....	74
Parakératoses psoriasiformes à type de Pityriasis circiné de Vidal.....	79
CHAPITRE VII. — Forme inflammatoire aiguë. Eczéma érysipélateux récidivant. Forme allant vers l'herpétide maligne exfoliatrice. Complications	80

CHAPITRE VIII. — Anatomie pathologique des paraké- ratoses psoriasiformes.....	84
Formes sèches.....	90
Formes ayant tendance à l'exosérose	93
Parakératoses psoriasiformes à type de pityriasis rosé de Gibert.....	97
CHAPITRE IX. — Diagnostic. Les faits de passage. Gra- phique des parakératoses psoriasiformes	101
CHAPITRE X. — Etiologie	107
CHAPITRE XI. — Traitement.....	111
OBSERVATIONS.....	115
CONCLUSIONS	149

LE MANS. — IMPRIMERIE MONNOYER
